

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**“PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS TRANSMASCULINAS Y
NO BINARIAS CON CAPACIDAD DE GESTAR ACERCA DE LA
LEY DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN
LA REGIÓN METROPOLITANA DE CHILE”**

FELIPE GONZÁLEZ DÍAZ

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

PROFESORA GUÍA DE TESIS: FANNY BERLAGOSCKY MORA

COTUTORA: MIRLIANA RAMÍREZ PEREIRA

SANTIAGO, ENERO 2024

Dedicatoria

A mi familia, mis referentes de vida, el nido seguro, y mi aprendizaje constante de la capacidad de asombro de vivir, sin ustedes nada.

A mis amigos, amigas y amigos, con quienes comparto la convicción de trabajar por construir mundos más felices.

A los amores, que con el sólo hecho de estar en una calle y darnos la mano, me siento más valiente, aprendo el coraje para seguir ocupando espacios académicos con el activismo tiernamente revolucionario.

A las personas LGBTIQ+ del presente y las que ya no están, las que han trabajado incansablemente por la búsqueda de vidas dignas, y no sólo dignas, sino para construir una sociedad donde éstas sean vidas deseables de ser vividas.

A Oliver.

Agradecimientos

A Fanny, por su guía templada y sensata, por permitir reconocer que los procesos académicos deben relatar las historias de las comunidades, y también por recordarme que quienes investigamos no somos autómatas, somos personas que sienten, se involucran, enferman, adolecen, se apasionan, disfrutan, viven. Por enseñar una docencia que se concibe desde el bienestar.

A Mirliana, por su guía expertamente solidaria, por entregar una referencia de cómo poder aplicar herramientas técnicas al servicio de la salud social, al beneficio del bienestar de las personas, por permitir creer que grupos menos visibilizados también deben ser un desafío a abordar por la salud pública.

A los exoplanetas, amistades que nos conocimos en el estudio y nos acompañamos en la vida. El grupo que describo como aquel que es feliz por la felicidad del otro y de la otra, una felicidad colectiva.

A mi cuerpo, que enfermó, vivió el proceso de tres cirugías, y sanó, todo durante el proceso de esta investigación. Un cuerpo más fuerte que al inicio de todo.

Tabla de contenido

Resumen.....	6
Introducción	9
Marco Teórico	11
Vulneración institucional a la comunidad LGBTIQ+.....	11
Demanda institucional de la comunidad trans y no binaria en Chile.....	15
Los derechos sexuales y reproductivos en Chile y la inclusión de identidades de género diversas.....	17
Enfoque interseccional que relaciona a las personas trans con el acceso a prestaciones específicas en salud.....	22
Pregunta de Investigación:.....	24
Objetivos de la investigación:	24
General.....	24
Específicos	24
Marco metodológico	24
Diseño muestral:	25
Criterios de inclusión y exclusión de las unidades de muestreo.....	27
Técnica de recogida de información:	28
Estrategia de análisis.....	29
Aspectos éticos.....	30
RESULTADOS	33
Tabla 1. Caracterización de la muestra	33
Codificación Abierta: descripción de los códigos y categorías.....	34
Construcción multifactorial de la identidad.....	34
Relación con la gestación	38
Figura 1. Tránsito identitario de persona transmasculina o persona no binaria con capacidad de gestar.....	41
Relación con el aborto voluntario	41
Acceso a la salud siendo una persona transmasculina o no binaria con capacidad de gestar .	43
Experiencias en torno a la terapia hormonal	50
Acceso a la ley de interrupción voluntaria del embarazo	53
Visibilidad trans activista y oposición.....	55
Articulación para transformar estructuras institucionales	58

Codificación Abierta: Construcción de supra categoría	59
Construcción identitaria y el efecto en torno a la interrupción voluntaria del embarazo.	60
Figura 2. Construcción identitaria y el efecto sobre la interrupción voluntaria del embarazo.	60
Barreras de acceso a la salud y a la interrupción voluntaria del embarazo.....	61
Figura 3. Barreras de acceso a la salud y a la interrupción voluntaria del embarazo.....	62
Red organizada.....	63
Figura 4. Red organizada	63
Discusión	65
La experiencia de personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar en relación a la interrupción voluntaria del embarazo.....	65
Acceso de las personas transmasculinas o no binarias con capacidad de gestar a la ley de interrupción voluntaria del embarazo.	66
Articulaciones sociales que abordan el acceso de personas transmasculinas y no binarias a la interrupción voluntaria del embarazo.	71
Conclusiones.....	74
Limitaciones durante esta investigación:.....	76
Líneas emergentes: temas que están por fuera de los objetivos de esta investigación pero que emergieron de manera espontánea en las respuestas de personas entrevistadas:	77
Referencias.....	78
Anexo	81
Consentimiento Informado	81

Resumen

Introducción: Las personas de las diversidades de sexo y género guardan una historia de ser consideradas patologías y/o trastornos dentro de las ciencias de la salud, en donde incluso se crearon instrumentos que buscaban revertir erróneamente una orientación sexual o identidad de género hacia lo heterosexual o cisgénero, respectivamente, estos instrumentos se conocen internacionalmente como las mal llamadas “terapias de conversión”. Frente a esta historia de patologización, se han realizado esfuerzos progresivos por revertir este escenario, con la actualización de manuales que indican que las personas LGBTIQ+ no presentan trastornos o enfermedades inherentes a su identidad sexual. Sin embargo, estos antecedentes implican que aún exista desconocimiento de las necesidades específicas de este grupo poblacional, o bien lamentable y directamente, una discriminación arbitraria desde los centros de salud. De forma paralela, los derechos sexuales y reproductivos se reconocen como necesidades en salud que deben ser garantizadas por los Estados, sin embargo, debido a diversas posturas tanto políticas como valóricas, el avance en el acceso a estos derechos es irregular según cada territorio nacional. Una de las prestaciones consideradas en este grupo de derechos es el acceso a la ley de interrupción voluntaria del embarazo, que en Chile al año 2023 tiene seis años desde su implementación y con una aplicación no exenta de dificultades. Organismos nacionales han descrito barreras en el acceso tales como: una escasa información sobre el acceso a la ley; bajo nivel de capacitación a los equipos clínicos; y una objeción de conciencia mal aplicada que se identifica más bien como una obstrucción a la ley. La presente investigación busca establecer un cruce entre las dos situaciones recién planteadas, explorando en las percepciones de personas transmasculinas o no binarias con capacidad de gestar y su acceso a ley de interrupción voluntaria del embarazo en la región metropolitana de Chile, presumiendo que pueden compartir las barreras descritas con el resto de la población, pero que pueden probablemente verse agudizadas debido a fenómenos sociales como la discriminación o la falta de competencias técnicas en salud.

Metodología: La investigación es cualitativa de tipo descriptiva exploratoria, que para el análisis de dato utiliza la teoría fundamentada, particularmente siguiendo la posición analítica constructivista de Kathy Charmaz, la cual asume la naturaleza interactiva, interpretativa y reflexiva en la producción y análisis de los datos, reconociendo que el investigador presenta un trabajo sostenido en el activismo LGBTIQ+, y por lo tanto el proceso de investigación no sólo estuvo contenido en la acción construida socialmente por las personas participantes, sino también en la acción del propio investigador, teniendo por objetivo explorar en un conocimiento situado, y no el buscar la generalización de éste. La técnica de recolección de datos fue mediante entrevistas semiestructuradas aplicadas a 13 personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar. Posteriormente estas

entrevistas fueron transcritas mediante *sonix.ai* y analizadas con el software de análisis cualitativo Atlas Ti23. Los datos se analizaron hasta el nivel de clasificación abierta, primeramente, agrupando de manera inductiva un total de 41 códigos, que a su vez también fueron analizados hasta obtener 8 categorías y 3 supra categorías, siendo éstas últimas los modelos que responden a los objetivos específicos de la investigación.

Resultados: Las tres supra categorías obtenidas fueron a) construcción identitaria y el efecto en torno a la interrupción voluntaria del embarazo, b) barreras de acceso a la salud y a la interrupción voluntaria del embarazo, y c) red organizada. En primer lugar, se observó que previo a conversar respecto a la interrupción voluntaria del embarazo, surgen perspectivas previas en relación al propio tránsito identitario, reconociendo la gestación como un mandato social al ser personas socializadas inicialmente como mujeres, frente a lo cual las personas indican que durante el proceso de transición también se evalúa la gestación con una observación más crítica, ya sea reconociéndose como hombre transmasculino o una persona no binaria. Este proceso específico y situado de vida, permite finalmente decantar en el posicionamiento personal frente a la interrupción voluntaria del embarazo. Segundo, el grupo estudio coincide con las barreras descritas por organismos nacionales frente al acceso de la ley de interrupción voluntaria del embarazo, sin embargo, describen una agudización de estas barreras por situaciones como la discriminación y la falta de competencias técnicas, tanto desde la puerta de entrada en relación al correcto uso del nombre social, hasta si el o la profesional de salud posee competencias para abordar las necesidades específicas de la salud trans. Tercero, se declara desconocer cómo acceder a la ley de interrupción voluntaria del embarazo siendo una persona transmasculina o no binaria con capacidad de gestar, no obstante, se identifican organizaciones sociales de personas trans que han levantado la demanda, con personas individualizadas a quienes se les reconoce como referentes y puntos de consulta en caso de necesidad. Por el contrario, también se describen grupos opositoristas, tanto desde un conservadurismo valórico como agrupaciones activistas trans excluyentes, lo que algunas personas entrevistadas describen como una amenaza para tomar iniciativas de participar en discusiones sociales en relación a la temática.

Discusión: La investigación permitió situar una discusión académica a partir de las voces de personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar, quienes si bien comparten barreras de acceso que aparentemente coinciden con su pares cisgénero, éstas se podrían ver agudizadas. Frente a lo anterior, se identifican posibles estrategias que aborden elementos específicos. Las academias tienen el desafío de explorar realidades particulares de la comunidad LGBTQA+, quienes no presentan sólo vulnerabilidades específicas del grupo en cuestión, sino que también comparten determinantes sociales de la salud con la población en general, pero a esto se agrega un estrés particular debido a la marginalización histórica de algunas identidades sexo genéricas. A su vez, las instituciones de salud deben

fomentar no sólo la sensibilización de sus profesionales, sino que también la formación y capacitación, puesto que incluso cuando una o un profesional no tiene la intención de discriminar, debido a falta de competencias puede estar igualmente cometiendo un acto inconsciente de discriminación. En relación específica con la Ley de interrupción voluntaria del embarazo, ésta tiene por desafío incluir a todas las personas gestantes de manera explícita en su población beneficiaria, con el objetivo de no permitir de manera categórica una discriminación arbitraria por identidad de género. Finalmente, los espacios de políticas y gestión en salud deben apuntar a incluir en la formulación de instrumentos técnicos y guías clínicas al amplio espectro de personas beneficiarias, con el objetivo de que los documentos oficiales no dejen grupos en una zona gris de derechos, y así, desde su génesis, éstos describan explícitamente el conducto regular para el acceso de todas las personas, en este caso particular, el acceso garantizado de personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar a la ley de interrupción voluntaria del embarazo en Chile.

Introducción

Dentro de las dimensiones del género se encuentran 4 conceptos básicos que desglosan la identidad sexual: a) Sexo, comprendido como las características biológicas y anatómicas del desarrollo humano, b) Orientación sexual, que se refiere a la capacidad de sentir una atracción emocional, afectiva y/o sexual hacia otra persona de un género diferente, el mismo o más de un género, c) Identidad de Género, entendida como como la vivencia interna y personal con la cual cada individuo se identifica como hombre, mujer, hombre trans, mujer trans o alguna otra opción entre la amplia gama de este binarismo, y d) La Expresión del género, que busca - la mayoría de las veces - reflejar esta identidad de género a través de la vestimenta, el comportamiento y la apariencia personal (Principios de Yogyakarta, 2007).

La relación de estos conceptos es dinámica e histórica, y constantemente se vinculan entre sí dependiendo de esquemas sociales en cada territorio y espacio cultural.

Las personas *trans*¹ son quienes poseen una identidad de género que no está asociada de manera estereotipada al sexo asignado al nacer (Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero, 2012), y por lo tanto las personas transmasculinas son aquellas que se identifican como hombres tras haber sido asignados mujer al nacer, mientras que las personas transfemeninas son aquellas que se identifican como mujer, habiendo sido asignadas como hombre al nacer. De todas formas, las identidades y los términos a utilizar pueden variar territorialmente al considerar elementos culturales y políticos. En relación a la identidad *no binaria*, ésta identifica a personas cuya identidad no se encuentra determinada por los estereotipos sociales de ser hombre o mujer, por lo tanto, las personas no binarias con capacidad de gestar serán aquellas que, teniendo un sexo biológico femenino, su identidad es no binaria, no *mujer*.

Organizaciones sociales de la comunidad trans han construido instrumentos técnicos en la temática, tal como la “Guía de recomendaciones sobre atención integral de la salud de las mujeres trans en Latinoamérica y el Caribe”, donde manifiestan que la “evidencia del no reconocimiento de nuestros derechos humanos lo constituye la disminución, obstaculización o interrupción de nuestro acceso a la salud por barreras y condicionamientos impuestos en los servicios tanto públicos como privados. La patologización de nuestra identidad dentro de las ciencias médicas, [...] constituyen

¹ término actual utilizado por la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero

factores que impiden que podamos acceder con equidad a servicios de salud” (Centro de Documentación y Situación de las personas Trans en América Latina y el Caribe, 2018).

Entre estos innumerables servicios de salud en los cuales presentan un difícil acceso, destaca la posibilidad de recibir atención en los derechos sexuales y reproductivos, que se abordarán de manera específica bajo el enfoque de la ley de interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, promulgada en Chile durante el año 2017.

El estado del arte que expone las problemáticas que enfrenta esta población dentro del territorio nacional es escaso en cuanto al dato estadístico y sanitario sobre la interrupción del embarazo; y si bien son las mujeres cisgénero quienes históricamente han llevado en su mayoría la carga de sociedades patriarcales, logrando situar en la discusión pública y política la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo, también las personas transmasculinas y no binarias se encuentran trabajando y luchando por mayor visibilidad, para que se les reconozca como personas de derecho y con posibilidad de acceso a las políticas públicas para personas con capacidad de gestar, haciendo uso del respeto a su identidad y no discriminación en los centros de salud.

Ahora bien, la interrupción voluntaria del embarazo se reconoce como un proceso multifactorial que guarda relación con una confluencia de voluntades desde la sociedad civil, equipos sanitarios y equipos jurídicos en cada territorio. La situación en la región de América Latina ocupa diferentes grados de consideración, como por ejemplo la prohibición absoluta del aborto en países como El Salvador, Honduras, Nicaragua y República Dominicana. Por otro lado, los casos donde se comprende la interrupción voluntaria del embarazo en circunstancias puntuales, como el caso de Chile. Hasta cuando es legal bajo cualquier circunstancia dentro de determinados plazos establecidos, como en Cuba, Uruguay, Ciudad de México y Argentina (Sura, 2022).

Sin embargo, la mayoría de las reformas o leyes de interrupción voluntaria del embarazo no hacen mención de las personas trans con capacidad de gestar, entendiendo además que tanto las situaciones de discriminación, como las garantías estatales para la protección y reparación de personas de la comunidad LGBTIQ+, varían ampliamente según los territorios.

Estos antecedentes dismantelan la realidad de que una misma persona se puede ver intersectada por diversas circunstancias que pueden ver amenazada su salud, y es que si bien todas las personas se enfrentan a distintas situaciones de opresión según múltiples variables tales como género, raza, etnia, edad, clase, entre otros, las personas trans enfrentan una serie de procesos de discriminación sistemática como resultado de una historia de patologización y marginalización social, lo que genera que una vulnerabilidad se

pueda ver agudizada cuando se ven enfrentadas a dificultades en el acceso a políticas implementadas por los Estados.

Este proyecto de investigación seleccionará una muestra de personas transmasculinas y/o no binarias con capacidad de gestar dentro de la región metropolitana de Chile, explorando las percepciones que manifiestan según el caso de verse eventualmente enfrentados/es a acceder a una interrupción del embarazo en la red asistencial bajo la actual Ley IVE. Este trabajo exploratorio presenta el desafío de abordar la realidad de un grupo que en cuanto a su universo poblacional es desconocido dentro del territorio nacional, puesto que a la fecha actual los registros de estadística demográfica no guardan identificación y relación de variables sexo-género, desconociéndose el número de personas trans viviendo en Chile.

Se utilizará una metodología cualitativa exploratoria con una muestra a conveniencia, utilizando criterios de saturación para delimitar la muestra, aplicándose entrevistas semiestructuradas que serán posteriormente analizadas mediante la posición analítica de la teoría fundamentada constructivista de Kathy Charmaz (Palacios Rodríguez, 2020) alcanzando un nivel de análisis hasta la codificación abierta y con el objetivo de levantar información exploratoria sobre esta intersección de vulnerabilidades que enfrenta este grupo de personas.

La investigación espera recolectar información que colabore en el posicionamiento de las personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar dentro del foco conversacional de las políticas públicas para los derechos sexuales y reproductivos, donde a la fecha actual si bien no se cuenta con literatura dentro de las ciencias biomédicas, sí se reconocen articulaciones político-sociales que han gestionado las propias personas en sus hogares y familias no sanguíneas, con el objetivo de buscar soluciones a las problemáticas que el Estado no les ha podido dar solución, o directamente, que ha omitido.

Marco Teórico

Vulneración institucional a la comunidad LGBTIQ+

La Declaración Universal de los Derechos Humanos indica que toda persona nace igual en cuanto dignidad y derechos (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2021), sin embargo, y dependiendo de variables que se verán influenciadas según el contexto social tales como género, orientación sexual, identidad de género, raza, o clase; pueden verse desigualdades en cuanto al grado de acceso a derechos y dignidad, configurándose distintos grupos que según la corriente utilizada, tomarán una denominación en particular, pudiéndose encontrar como grupos vulnerables, grupos de especial protección, o grupos en situación de vulnerabilidad.

El concepto de vulnerabilidad se ha abordado desde distintas áreas de estudio, asociándose a elementos como estrés, riesgo, susceptibilidad, resiliencia, o sensibilidad. De todas formas, e independiente de la disciplina, se asocian elementos en común definiéndose siempre en relación con algún tipo de amenaza, sean eventos físicos como catástrofes naturales o enfermedades, o bien a partir de amenazas antropogénicas como contaminación, accidentes o pérdida de empleo, entre otros (Ruiz Rivera, 2011).

No obstante, la *definición realista de la vulnerabilidad* entrega un enfoque que la aborda según “las características de una persona o un grupo y su situación, que influencia la capacidad de anticipar, lidiar, resistir y recuperarse del impacto de una amenaza” (Wisner, Blaikie, Cannon, & Davis, 2003). Esta definición permite hacer notar que la vulnerabilidad puede ser desde una dimensión social, donde a partir de características intrínsecas de una persona - y no ajustarse a la normativa social imperante - ésta puede ser relegada del tejido social aceptado, y por tanto dificultarse un buen vivir (González Díaz & Pantoja de Prada, 2022).

Esta definición realista de la vulnerabilidad deja de manifiesto que las personas no son necesaria e intrínsecamente vulnerables frente a una situación en particular respecto a sus pares, sino más bien, se verán afectadas según diversas circunstancias que juegan un rol de favorecer o impedir el acceso a las dinámicas sociales que decide una comunidad en un determinado territorio. Esclarecer esta realidad justifica la responsabilidad que tienen los espacios académicos de identificar grupos que han sido marginados, y por tanto se presentan desfavorecidos en cualquier sistema de repartición de servicios. Estos servicios podrán surgir desde distintas instituciones, y en el caso sanitario, su acceso se verá influenciado por las determinantes sociales de la salud, las cuales permiten caracterizar estos grupos en situación de vulnerabilidad.

Con lo anterior, se reconocen grupos específicos en situación de vulnerabilidad cuando se observan bajo el panóptico de la salud, abarcándose en el presente estudio a uno en particular – entre muchos otros – la comunidad de personas de las diversidades sexogenéricas. Este grupo comienza a tener una marginalización sanitaria explícita desde los primeros registros de patologización que se remontan a 1886, mediante el médico psiquiatra Richard V. Krafft-Ebing, y su tratado *Psychopathia Sexualis*, patologizando toda identidad sexual que saliera de la norma cisgénero y heterosexual (García Neira & Falcone, 2014). Este hito escasamente divulgado en la historia de la medicina, cobra importancia al reconocerlo como el puntapié inicial para que la salud fuera la tercera esfera con un poder fáctico que castigaba a la comunidad LGBTIQ+, luego de que ya lo hiciera por un lado la Iglesia, como también las ciencias jurídicas.

Más tarde, a mediados del siglo XX comenzaron a implementarse propuestas de “terapias” y “tratamientos” que intentaban revertir los “síntomas de esa enfermedad”, utilizándose el término “*terapias de conversión*” para cualquier esfuerzo sostenido por modificar la orientación sexual, la identidad o la expresión de género de una persona (Mendos, 2020). Algunos ejemplos de estas “terapias” fueron el ingreso a centros de hospitalización de salud mental, aplicación de electroshock, lobotomía, extirpación de clítoris, violaciones a lesbianas perpetuadas por varones, entre otras (Universidad de la República de Uruguay, 2015). Situaciones de este tipo se fueron normalizando dentro de la práctica clínica, volviéndose habituales los intentos por convertir la orientación sexual o la identidad de género hacia lo heterosexual y cisgénero, respectivamente, con prácticas de hospitalización en centros de salud mental, e incluso persecución político-sanitaria, lo cual finalmente desencadenó que tanto la sociedad en general, como equipos de funcionarias y funcionarios clínicos mantuvieran conductas de discriminación a este grupo de personas, obstaculizando su acceso a los centros de salud (Universidad de la República de Uruguay, 2015).

El panorama comienza a cambiar en la segunda mitad del siglo XX, y es que gracias al surgimiento de movimientos políticos que reúnen las fuerzas de cada una de las identidades diversas de sexo y género, aparece una nueva escena de protesta por parte de la comunidad. El 28 de junio de 1969 ocurre el conflicto conocido como el *Disturbio de Stonewall*, que se dio en las calles de Nueva York y donde se enfrentó la comunidad de las disidencias sexogenéricas contra la policía del lugar; las activistas Marsha P. Johnson y Sylvia Rivera iniciaron la revuelta a propósito de que se les negaban los mismos derechos que a su contraparte cisgénero y heterosexual en espacios públicos de la ciudad. A partir de entonces se conmemora en junio el *mes del orgullo* para la comunidad LGBTIAQ+ (Halkitis, 2019).

Estas iniciativas comenzaron a generar presiones sociales para potenciar transformaciones en espacios institucionales referentes en salud, lo cual presentaba un desafío tras más de un siglo en donde se medicalizaba a las personas de la diversidad sexual. Sin embargo, tras el emplazamiento social hacia las autoridades políticas y sanitarias, las instituciones comenzaron a tomar estrategias que dieran cuenta de que las identidades diversas en sexo y género no eran una patología. De esta forma, en 1973 la Asociación Americana de Psiquiatría toma uno de los primeros actos de reconocimiento y despatologización hacia esta comunidad, eliminando la homosexualidad del DSM II, dando paso a que décadas más tarde la Organización Mundial de la Salud (OMS) también tomara una postura en su propio manual guía: la Clasificación Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud (CIE), que en 1990 elimina también definitivamente la homosexualidad (Asociación Americana de Psicología, 2002).

No obstante, si bien las instituciones comenzaron a gestar cambios explícitos en sus manuales, permitiendo además que las escuelas universitarias de la salud ya no enseñaran prácticas que atentaran contra los Derechos Humanos de esta comunidad, igualmente se mantiene una brecha en relación a la falta de formación en competencias relacionadas a acciones afirmativas en salud, las cuales permitan reconocer barreras de acceso respecto al resto de la población, y además entregue herramientas para prescribir procesos clínicos en necesidades específicas de la salud LGBTIQ+, particularmente de la salud trans.

A pesar de lo anterior, y desde la década del 2000, algunos profesionales clínicos de Chile – sensibilizados por diversas razones en el tema – comenzaron a abordar las atenciones específicas, destacando profesionales de la psiquiatría y psicología, implementando por ejemplo la perspectiva del *estrés de minorías*, teoría que argumenta que ciertos grupos sociales están expuestos a factores estresantes que se agregan al estrés cotidiano multifactorial del resto de la población; y por otro lado, profesionales de la endocrinología y cirugía que abrieron prestaciones que atendían consultas sobre terapias hormonales o cirugías género afirmativas, respectivamente.

Posterior a las medidas de despatologización institucional, surgen las medidas que sin ser patologizantes busquen dar visibilidad en salud. Uno de los casos ya contemporáneos es desde la salud mental con la quinta edición del DSM², en donde se publica el término *Disforia de Género*, diagnóstico que se otorga a las personas trans para identificarlas a través de un malestar a causa de presentar una variabilidad entre el sexo biológico y el género asignado al nacer; sin embargo, se debe hacer el alcance de que desde la sociedad civil se interpela a que este término igualmente otorga una generalización de malestar a todas las personas trans, y además no establece una aclaración explícita de que una posible disforia puede devenir a partir de la discriminación social, y no de la intrínseca identidad de la persona (González Díaz & Pantoja de Prada, 2022).

Asimismo, las escuelas de las ciencias de la salud, particularmente las escuelas de medicina, tienen escasas y/o nulas asignaturas que consideren de manera regular en la malla curricular contenidos integrales sobre atención en salud a las necesidades específicas de la comunidad LGBTIQ+. Por tanto, incluso siendo una persona sensibilizada en el tema, se pueden realizar comentarios o actos de maltrato debido a un desconocimiento sobre el abordaje de las necesidades ya mencionadas.

² El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

Finalmente, la despatologización institucional hacia las identidades de la diversidad sexual continúa avanzando tras un largo proceso de exclusión y discriminación, pero se debe hacer énfasis en que aún es escasa la participación de las personas LGBTIQ+ en los espacios públicos, reconociéndose los impulsos principalmente desde los colectivos que se articulan desde la sociedad civil, y por tanto es difícil pensar que una política pública podrá contemplar cada una de las visiones, si las personas que viven la realidad situada no están consideradas en la redacción de una política pública en salud.

Demanda institucional de la comunidad trans y no binaria en Chile

La década del 2010 – 2020 en Chile fue caracterizada por diversos movimientos sociales que buscaban reivindicar distintos derechos, tales como el movimiento estudiantil a nivel nacional del año 2011, el cual fue reconocido con un sin número de movilizaciones y manifestaciones que buscaban instaurar una educación gratuita a nivel país, postulándose incluso a este proceso como aquél puntapié para un recorrido de emancipaciones políticas que posteriormente continuaron, como lo ha sido la nueva ola de los feminismos chilenos en la segunda etapa de la década, y también considerando un culmine que fue la revuelta popular de 2019.

Esta década además presentó una característica: una aparición progresiva de personas de las diversidades sexuales y de género ocupando espacios de discurso y presencia popular cada vez mayor dentro de los grupos políticos, donde era cada vez mayor la demanda de representaciones femeninas y LGBTIQ+ en las dirigencias políticas, marcando una agenda donde ya se incluía explícitamente el desafío por los derechos que permitieran reconocer la discriminación histórica que ha tenido el Estado frente a este grupo de la población, con una consecuente brecha en acceso a oportunidades educacionales, laborales, y a la salud (González Díaz & Pantoja de Prada, 2022).

Esta suerte de articulación, que progresivamente toma el término identitario de *disidencias sexogénicas* (reconociendo no sólo la identidad sexual, sino también un posicionamiento político específico), comenzó a identificar demandas concretas: fin a los crímenes de odio, reconocimiento a las identidades diversas, acceso a políticas específicas como lo encausa el movimiento “SaludTransChile”, educación sexual que enseñe la variabilidad de desarrollo sexual, y políticas de reparación tras procesos históricos de discriminación. Gracias a este nuevo tejido social disidente, en 2018 se consigue la primera ley en Chile con exclusividad a personas trans, la Ley 21.120 o Ley de Identidad de Género, la cual establece el derecho a que toda persona cuya identidad de género no coincida con su sexo y nombre registral, pueda solicitar la rectificación de estos últimos sin requerir cambios médicos ni quirúrgicos previos. Haciendo uso de esta ley, toda persona tiene derecho a ser reconocida e

identificada conforme a su identidad una vez realizada la rectificación. Asimismo, las imágenes, fotografías, soportes digitales, datos informáticos o cualquier otro instrumento con los que las personas figuren en los registros oficiales deberán ser coincidentes con dicha identidad. De esta forma, se reconocen los principios de no patologización, de no discriminación, y el principio de la dignidad en el trato, donde los órganos del Estado tienen el deber de respetar la dignidad de las personas (Biblioteca Del Congreso Nacional de Chile, 2021).

La ley 21.120 establece además un primer reconocimiento afirmativo en cuanto a salud. Los niños, niñas o adolescentes cuya identidad de género varía de su sexo y nombre registral podrán acceder junto a sus familias a programas de acompañamiento profesional ofrecidos por centros públicos de salud y fundaciones, en una estrategia diseñada por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, en colaboración con el Ministerio de Salud. El Programa de acompañamiento a la identidad de género se configura desde la comprensión de una historia social en donde se norma bajo una lógica cisgénero y heterosexual, y por lo tanto los equipos profesionales, con una sensibilidad previa en torno al tema, ofrecen un acompañamiento afirmativo, no patologizante y con enfoque de género a las personas que acompañarán en procesos a nivel personal, familiar y escolar (Biblioteca Del Congreso Nacional de Chile, 2021). Este Programa es la primera estrategia a nivel ministerial en la historia de la salud chilena en donde el público objetivo son personas trans, específicamente niños, niñas, niños y adolescentes, y que además genera articulaciones con otros espacios tales como las aulas de clases, buscando otorgar herramientas para que la persona pueda experimentar y transitar procesos sanos de la identidad, y que los posibles obstáculos sociales que enfrente, sean abordados con un acompañamiento voluntario, seguro, y bajo el enfoque de derechos (Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile, 2021).

Es necesario destacar que la implementación de la Ley 21.120 y su posterior análisis, permitirá la primera aproximación a un número de personas trans que viven en el territorio nacional, puesto que a la fecha de 2023 se siguen utilizando estudios principalmente norteamericanos para la estimación de la población trans en Chile, sin tener estadísticas locales que permitan el levantamiento de propuestas aterrizadas al número de la región (Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile, 2021). Esto conlleva a que cualquier trabajo de investigación en Chile con este grupo específico, tiene imposibilitado extrapolar resultados a toda la población, si se desconoce el universo de personas trans habitando el territorio nacional.

En segundo lugar, de las propuestas políticas levantadas que guardan relación en derechos para esta comunidad, se encuentra el Proyecto de ley Educación sexual integral (Ley ESI) impulsado por la Diputada Camila Rojas. La educación sexual integral se define como la enseñanza y aprendizaje sistemático para dotar a la niñez y juventud de conocimientos y competencias sobre sexualidad orientado a su desarrollo integral, la toma de decisiones responsables y críticas, el cuidado del propio cuerpo, y la generación de relaciones sociales y sexuales basadas en el respeto (UNESCO, 2018). Lo anterior indica que, bajo una educación sexual integral desde la primera infancia, como lo indican organismos internacionales, permitiría la remoción cultural de prejuicios adjudicados en el desconocimiento, determinando un menor aislamiento social, mayor participación en espacios públicos y por lo tanto un acceso a un bienestar biopsicosocial para grupos de personas históricamente discriminadas.

Además, la educación sexual integral es una metodología que permite incluir a diversas corporalidades como posibilidades sanas y aceptadas dentro de la variabilidad del desarrollo sexual humano. En ese sentido, las personas que presentan una orientación sexual o identidad de género que difiera de lo cisgénero o heterosexual, encuentran referencias de que sus propias identidades sexuales son parte natural de las posibilidades del ser humano, ejemplificándolo dirigidamente en la interiorización de cuerpos masculinos que también pueden gestar.

Lamentablemente este proyecto fue rechazado en la Cámara de Diputadas y Diputados en octubre de 2020, y no continuó en trámite legislativo.

Los derechos sexuales y reproductivos en Chile y la inclusión de identidades de género diversas

Finalmente se encuentran las discusiones tanto sociales como parlamentarias frente a hacer aplicables las normas sobre despenalización del aborto a toda persona con capacidad de gestar. Pero para la comprensión de este elemento se sugiere abarcarlo desde su génesis.

La salud sexual es definida por la OMS como la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales, sociales y culturales del ser sexual, de manera de enriquecer positivamente y fortalecer la personalidad, la comunicación y el amor, permitiendo disfrutar y expresar su sexualidad sin coerción, violencia ni discriminación, y sin riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual y/o de tener embarazos no planificados o no deseados. Por su parte, la salud reproductiva es la condición en la cual se logra el proceso reproductivo en un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de enfermedades y dolencias. A su vez, el concepto de salud sexual y reproductiva

está centrado en las personas y sus derechos y en la perspectiva de género, más que en metas poblacionales, programáticas o políticas (Naciones Unidas, 1994).

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el concepto de derechos sexuales y reproductivos está ligado al conjunto de Derechos Humanos, significando que no son separados ni separables de los derechos civiles, políticos y sociales, vinculándose con el derecho a la salud, a la libertad individual, a la libertad de pensamiento, de conciencia y religión, de opinión y expresión, a la información y educación, a la decisión de formar o no una familia, a vivir libre de maltrato y al acceso a los beneficios del progreso científico, entre otros (Foro de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, 2008).

Complementariamente, uno de los conceptos fundamentales en los derechos sexuales y reproductivos es la equidad, así afirmando que el cruce de la perspectiva de género y el enfoque de derechos permite la autonomía de las personas respecto de los estereotipos sociales, de la promoción y del reconocimiento de las diferencias.

El Estado de Chile ha hecho expreso reconocimiento que los derechos sexuales y reproductivos son un conjunto de derechos humanos, suscribiendo a acuerdos y convenciones internacionales tales como: la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, 1979), Convención sobre los Derechos del Niño (1989), y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo 1994), en la cual el concepto de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) reemplazó el concepto de control demográfico del crecimiento de la población. Cabe destacar que, si bien los acuerdos internacionales no tienen un carácter vinculante, se les reconoce como fuentes generadoras de consenso a los cuales han llegado los Estados, y sirven para que los Estados diseñen las bases de las políticas públicas y desarrollen acciones tendientes a alcanzar los objetivos internacionalmente acordados (Foro de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, 2008). Es por eso que, es objetivo del Estado promover los cambios culturales, sociales, económicos, políticos e institucionales necesarios para el pleno ejercicio de estos derechos, prohibiendo toda forma de discriminación en el ejercicio de ellos.

Cada uno de estos procesos que han impulsado la importancia de visibilizar la SSR es principalmente gracias a la acción de los grupos a fin de construir una sociedad más justa, más conforme a sus propios intereses y a sus necesidades, destacando principalmente los movimientos feministas de mujeres, y a su vez también los grupos disidentes de sexo y género.

Ahondando en la implementación de estos derechos en la política sanitaria de Chile, el país destaca por el desarrollo de políticas y programas exitosos en la materia – por ejemplo – la regulación de la fertilidad (Ministerio de Salud., 2007), donde la mortalidad materna era bastante elevada en 1964, pero que mediante la política de planificación familiar impulsada durante el Gobierno del ex presidente Eduardo Frei Montalva, se planteó como objetivo reducir los riesgos asociados a la práctica del aborto inducido en condiciones inseguras, garantizando el respeto a la conciencia de las personas y su dignidad. El éxito de aquel programa se vio reflejado en la continua reducción de la tasa de mortalidad materna, manteniendo cifras comparables a la de países desarrollados (DEIS, Ministerio de Salud de Chile.).

De todas formas, aun cuando se ha avanzado en índices respecto a los países vecinos de la región, existe una amplia gama de desafíos que aún tienen por delante los derechos sexuales y reproductivos en Chile, destacando por ejemplo la elevada tasa de embarazos adolescentes, lo cual se deriva de variables tales como, una edad temprana de inicio de la actividad sexual en ausencia de programas de educación sexual integral que incluyan uso métodos anticonceptivos, y que consideren además la diversidad de prácticas sexuales. El Instituto Nacional de Estadísticas indica que la gran mayoría de los embarazos en adolescentes se produce en los sectores más pobres de la población, y en muchas ocasiones relacionándose a violencia sexual (Instituto Nacional de Estadísticas, 2006), siendo identificado este último escenario en la tercera causal de la ley de interrupción voluntaria del embarazo en Chile (violación).

Para revisar la implementación y ejecución de la Ley IVE, asociado a posibles barreras de acceso a esta prestación, es primeramente necesario presentar como antecedente inicial que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto seguro como aquel que se realiza con un método recomendado por la OMS, y que sea apropiado para la duración del embarazo, donde la persona que realiza o apoya el aborto esté capacitada (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Diversas organizaciones sociales han trabajado por visibilizar la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo, y el acceso a un aborto seguro como una medida que responde a los derechos humanos, que como lo indicó Tedros Adhanom, director general de la OMS: “el aborto seguro salva vidas”, pidiendo que se garantizara su acceso en todo el mundo (El País, 2022). Teniendo este enfoque global que se le ha relevado al aborto, se identifica que la lucha de los feminismos no ha sido un movimiento aislado, sino más bien, es una red tejida durante décadas para conquistar los derechos de mujeres y diversidades mediante las alianzas de organizaciones sociales, siendo el Encuentro Feminista

Latinoamericano y del Caribe de 1990 en donde se estableció por primera vez la fecha del 28 de septiembre como Día de la Lucha por la Despenalización y Legalización del Aborto en América Latina (Humanas, 2021).

Desde 1990 a la fecha, el abordaje jurídico y sanitario en relación al aborto ha sido diverso. Destaca Colombia, que en 2022 la Corte Constitucional decidió despenalizar el aborto hasta la semana 24 de gestación, siendo actualmente la nación con el modelo de plazos más amplio para decidir la interrupción del embarazo en la región del cono sur. El caso de Argentina permite la interrupción del embarazo hasta la semana 14 de gestación, pero que a su vez fue el primer país latinoamericano que planteó la discusión de incluir a “mujeres y personas con capacidad de gestar” en el grupo beneficiario de la ley. En el orden de plazos para realizar el procedimiento, siguen México, Cuba, Puerto Rico y Uruguay, países que permiten la interrupción del embarazo antes de la semana 12 de gestación (Sura, 2022).

Otros países de Latinoamérica, como Chile, Ecuador, Brasil, Bolivia y Belice, también permiten la interrupción voluntaria del embarazo, sin embargo, sólo en circunstancias específicas: riesgo de la vida materna, inviabilidad fetal, o violación (Sura, 2022).

En relación al proceso de Chile, se inicia con la Ley 21.030 que legalizó el aborto en casos de violación, riesgo de vida para la madre o inviabilidad del feto, impulsada por la ex presidenta Michelle Bachelet y sancionada en 2017 luego de años de discusión, permitiendo una salida de la completa criminalización que se arrastraba desde 1989, donde durante la dictadura cívico militar se derogó el aborto terapéutico (BCN, 2021).

No obstante, Corporación Humanas identifica tres principales barreras en el acceso a la ley IVE: en primer lugar, describen falta de información, con escasas campañas comunicacionales donde se promoció, se explique en qué consiste y cuáles son los requisitos para acceder a ella. Segundo, las capacitaciones insuficientes para derivación oportuna desde los centros de atención primaria hacia los centros hospitalarios en donde se realiza la interrupción; y tercero, la objeción de conciencia no bien implementada, es decir, procesos donde la o el profesional reconocen una objeción de conciencia, pero sin explicar una clara derivación a la persona consultante, en donde sí pueda realizar el aborto (Humanas, 2021). Esta misma Corporación agrega que, en Chile se realizan entre 80 mil y 260 mil abortos por año, de los cuales únicamente un 3% representan procedimientos enmarcados dentro de la ley de las tres causales, develando un escenario de clandestinidad, y por tanto inseguro, exponiéndose a situaciones de riesgo la vida de las mujeres y personas gestantes (Humanas, 2021).

Este escenario que hace menos de una década ha logrado posicionar el aborto como una medida de salud pública, y además se han identificado barreras de acceso en una política ya vigente, presenta probablemente debilidades más específicas para el grupo estudio de esta investigación: las personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar, donde tal como se mencionó anteriormente, la literatura en Chile no presenta datos donde bajo un enfoque biomédico, pero bajo la perspectiva de género y derechos humanos, se observe esta situación particular que cruza las identidades de género diversas con el acceso al aborto en Chile.

Las dos instancias que han planteado esta realidad a nivel legislativo han ocurrido en el último periodo parlamentario 2017 – 2021, naciendo a partir de los movimientos sociales que impulsan la discusión solapadamente hasta que hace eco en espacios institucionales. En marzo de 2021 se presentó en la Cámara de Diputados y Diputadas la primera de estas propuestas, donde en el marco del Artículo 344 dentro del Proyecto de ley para despenalizar el aborto consentido por la mujer dentro de las primeras catorce semanas de gestación, ingresado en la Cámara baja por las diputadas Karol Cariola, Natalia Castillo, Daniella Cicardini, Cristina Girardi, Claudia Mix, Emilia Nuvado, Maite Orsini, Camila Rojas, Camila Vallejo y Gael Yeomans, que finalmente fue archivado tras ser rechazado en la Cámara alta a fines de 2021.

Similar fue el proyecto presentado por el diputado Víctor Torres (DC) también en 2021, el cual modifica el artículo 19 del Código Sanitario estableciendo que “toda persona con capacidad de gestar” puede interrumpir su embarazo por una de las tres causales de la Ley N°21.030, permitiendo el acceso a hombres trans y personas no binarias con capacidad de gestar. El objetivo es prevenir arbitrariedades en recintos médicos y tribunales, y si bien el proyecto fue aprobado en septiembre del mismo año con 82 votos a favor, 48 en contra y 6 abstenciones, actualmente (2023) se encuentra en segundo trámite constitucional para ser discutido en el Senado (Cámara de Diputadas y Diputados, 2021).

Profundizando lo que se ha mencionado anteriormente, en Chile no hay registros oficiales sobre experiencias de interrupción voluntaria del embarazo en personas trans con capacidad de gestar, y tampoco sobre estadísticas de efectos no deseados en dichas experiencias. En esta lectura social, es importante comprender que existe una constante historia de patologización institucional desde las ciencias médicas, donde recién en la última década se elimina el término *trastorno* de las identidades trans dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE11), y por tanto la discriminación persiste no sólo en los espacios de la vía pública, sino también en los espacios institucionales como los propios centros de salud.

Paralelo a los procesos llevados a cabo en el Parlamento, una de las organizaciones con mayor representación pública de las personas trans en Chile es Organizando Trans Diversidades (OTD), agrupación que se posiciona desde el activismo transfeminista para la defensa de los Derechos Humanos de las trans diversidades y su empoderamiento. Un artículo publicado por OTD en septiembre de 2020 apunta al inconsciente colectivo que no incluye a los cuerpos trans cuando se plantean temáticas sobre derechos sexuales y reproductivos, es decir, los hombres trans y personas no binarias asignadas al género femenino al nacer quedan fuera de los estudios, las estadísticas, las discusiones y legislaciones en torno a un derecho que los Estados deben garantizar a todas las personas con capacidad de gestar (González, 2020).

Por su parte, queda abierta la interrogante si acaso las personas transmasculinas o no binarias con capacidad de gestar se han articulado entre sí, como lo han hecho otros grupos marginados para poder identificar centros seguros de atención, en donde no se discrimine, y no se vea amenazada su integridad.

Enfoque interseccional que relaciona a las personas trans con el acceso a prestaciones específicas en salud

Cada una de las dificultades mencionadas, asociadas por un lado a las posibles experiencias de discriminación que se pueden experimentar en los centros de salud, y además a las omisiones de los Estados por no incluirles en las reformas de ley o las normativas ya establecidas para la interrupción voluntaria del embarazo, perpetúan las sistemáticas barreras a las que se enfrentan las personas trans cuando desean acceder a servicios públicos, y como meta, a una vida digna. Esta limitante potencialmente podría desencadenar situaciones que se plantean a priori como por ejemplo el negar su propia identidad de género a razón de conservar su seguridad; realizar eventualmente abortos inseguros sin el mínimo acompañamiento clínico, arriesgándose a ser criminalizados/es; hasta finalmente asumir embarazos no deseados, y potenciales consecuencias en salud mental que todo este proceso puede determinar.

Los activismos feministas y disidentes sexuales se han visto obligados a articular sus propias formas de organización para muchas veces resguardarse de las prácticas violentas a las que han sido expuestas en diversos espacios tanto en lo público como en lo privado; es por eso que se crean espacios separatistas que permitan asegurar que personas con mayores privilegios sociales no se impongan, reinterpreten, o incluso violenten a las personas protagonistas de diversas luchas.

Durante el año 2018 Tomás Máscolo, un activista trans argentino, realizó una serie de entrevistas para conocer experiencias de interrupción voluntaria del embarazo en hombres trans dentro del país trasandino. El también periodista de *La Izquierda Diario* declara que en 2014 durante un panel sobre el aborto en hombres trans le preguntó a un médico cómo realizaría una interrupción del embarazo a un hombre trans si esta persona ya había comenzado la intervención hormonal, que precisamente era la situación de Tomás, ante lo cual el médico no pudo dar una respuesta, habiendo sido este desconocimiento lo que impulsó al activista a investigar sobre esta problemática que probablemente se repetiría si se hicieran consultas a nivel país. En una conversación de 2018 ya publicada por la autora de una tesis que aborda esta situación en Argentina, Tomás agrega que en dicho país el Instituto Nacional de Estadística y Censos en ningún momento pensó en una estadística hacia la rama de salud particularmente de los hombres trans, y eso para él era “como que no existimos” (Nichols, 2018).

Frente a lo anterior, Tomás decide realizar un registro de entrevistas a hombres trans sobre cómo vivieron experiencias de aborto. Informa que en los resultados destaca que todos los entrevistados comparten la clandestinidad, y negaron su identidad debido al riesgo de enfrentar violencia por el hecho de ser trans. Además, ninguno quería dar su testimonio por el miedo a reacciones familiares o frente al profesional de salud, y también incluye temor a algunos espacios feministas trans excluyentes por experiencias en donde se le indicaba “haber traicionado a la lucha por elegir la identidad del patriarcado”³ (Nichols, 2018).

Los espacios de activismos poseen una enorme variedad de corrientes y posturas diversas, y debido a eso siempre se habla en sentidos plurales de *las* disidencias sexuales o *los* feminismos. Si bien esta discusión está lejos de ser zanjada, considerando incluso que quizás nunca lo será, aparentan acercarse ciertas convenciones dentro de los movimientos sociales pro diversidad sexual por trabajar para el acceso a los derechos de todas las personas, y eso incluye el acceso a aborto de las personas transmascullinas y no binarias con capacidad de gestar.

Para garantizar el camino hacia un acceso seguro a salud, no sólo basta con los procesos de despatologización y despenalización institucional, sino también la necesidad de visibilizar las experiencias relatadas por las propias personas, desde el conocimiento situado, donde a través de sus relatos se puedan reconocer colectivamente las barreras actuales, los

³ **TERF**, el término inglés que significa “feminista radical trans excluyente”, utilizado para denominar a corrientes del feminismo que excluyen a las personas trans de la lucha feminista.

desafíos para levantar las herramientas prácticas que se deben elaborar, y las acciones reparatorias que incluso a nivel Estatal se deben asumir.

Pregunta de Investigación:

¿Cuál es la percepción de las personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar en torno a la ley de interrupción voluntaria del embarazo en Chile?

Objetivos de la investigación:

General

- Comprender percepciones y experiencias de las personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar acerca de la ley de interrupción voluntaria del embarazo, y a su acceso a servicios de interrupción del embarazo en marco de la ley 21.030 en la región metropolitana de Chile.

Específicos

- Indagar en experiencias directas sobre la interrupción voluntaria del embarazo en personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar en la región metropolitana de Chile.
- Identificar cómo perciben las personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar el proceso de acceso a los centros de salud para acudir a la ley de interrupción voluntaria del embarazo en la región metropolitana de Chile.
- Explorar el conocimiento experiencial que pueda poseer la persona sobre articulaciones colectivas que han elaborado personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar para abordar la interrupción voluntaria del embarazo en la región metropolitana de Chile.

Marco metodológico

Investigación cualitativa de tipo exploratorio descriptivo, sujeto a la justificación que se plantea en el marco teórico de esta investigación, que destaca la ausencia de literatura que vincule las identidades de género diversas con el acceso a la ley de interrupción del embarazo en Chile.

La investigación buscó indagar en la realidad percibida a través del relato de personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar, utilizando la definición sociológica de la *percepción* según el sociólogo alemán Niklas Luhmann, comprendiéndola desde dos

elementos principales: a) temporalidad simultánea, describiendo a la percepción como la habilidad que permite al ser humano ser capaz de procesar la información de múltiples estímulos *a la vez*, pudiendo enfocar la atención sobre el estímulo de un objeto pero sin excluir el resto, su contexto, el espacio en donde también se define ese objeto; y por otro lado, b) la espacialidad situada: que permite reconocer la percepción como un fenómeno que relaciona la conciencia y el cuerpo con un espacio determinado, siendo la percepción la exteriorización individual de la realidad, y no la búsqueda de una representación universal. Finalmente, se objetiva como la función de recoger información sobre aquél “resultado de un procesamiento simultáneo de una abundancia de impresiones” (Lewkow, 2014), el investigador propone que, mediante la codificación y análisis inductivo de cada entrevista en profundidad, se logra un análisis de estas impresiones individuales, las que luego en conjunto permiten generar un acercamiento a la construcción de realidades, reconocidas bajo el relato de las primeras personas involucradas en el fenómeno social.

Diseño muestral:

Universo: Personas transmasculinas y con capacidad de gestar en Chile.

Diseño muestral: La muestra para este trabajo de investigación fue de 13 personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar, circunscritas en la región metropolitana de Chile.

El muestreo fue el denominado *por conveniencia*, reconociendo que es un grupo poblacional que presenta dificultad de acceso producto de la discriminación que aún existe desde diversas instituciones civiles, y utilizando la estrategia de bola de nieve, realizándose inicialmente contacto con las redes de activismo que integra el propio investigador del proyecto.

En cuanto a la decisión del número de personas en la muestra, se consideraron tres elementos: primero, la capacidad operativa de recolección y análisis de datos del investigador en un plazo de 8 semanas realizando las entrevistas; segundo, el entendimiento del tema, en donde se considera el conocimiento previo del investigador tanto técnicamente como también sujeto activista que puede ser objeto de confianza con las personas entrevistadas; tercero, la naturaleza del objeto de estudio, entendiéndose que considerando criterios de saturación de la información para estudios cualitativos exploratorios de estas características, la muestra se puede acotar a este número de personas. A lo anterior agregar el antecedente mencionado con anterioridad, el universo del total de población trans en Chile es desconocido, y, por lo tanto - y en coherencia con la metodología cualitativa - no se busca representatividad, sino que el indagar en

percepciones y experiencias que pueden presentar estas personas frente a la política pública de salud en particular.

Reclutamiento: al utilizarse la estrategia de bola de nieve, el primer contacto será con una persona activista conocida previamente por participación en común de espacios activistas con el investigador, quien además ha manifestado voluntariedad previa de participar de investigaciones que colaboren con las demandas de este grupo, y que eventualmente levantara el presente investigador. No se mencionará adherencia a instituciones ni colectivos de esta persona con el objetivo de mantener estrictos términos de confidencialidad y anonimato, para luego mediante el refuerzo en el establecimiento de vínculos de confianza entre el investigador y la persona entrevistada, de manera consecutiva, se recomendarán siguientes personas a ser entrevistadas.

La entrevista se realizará de manera presencial en un espacio público pero que procure tranquilidad y seguridad para ambas personas participantes, espacios tales como una cafetería o una biblioteca en un día hábil en horario entre 18:00 a 20:00 horas (los gastos de consumo serán costeados por el investigador), y una vez logrado el espacio buscado con las características mencionadas, se dará paso a la lectura del consentimiento informado, en donde se incluye la presentación personal, del proyecto, y los alcances de la entrevista que se realizará a continuación, para proceder a la firma del consentimiento.

Finalmente, la muestra es de tipo heterogénea, considerándose criterios de inclusión y exclusión específicos en torno a las variables de identidad de género, edad, residencia, comunicación oral, los cuales se presentan a continuación:

Criterios de inclusión y exclusión de las unidades de muestreo

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
<p>Identidad de género: Personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar que:</p> <p>a) hayan vivido o no procesos hormonales y/o quirúrgicos.</p> <p>b) hayan tenido o no experiencias de embarazo/aborto.</p>	<p>Comunicación: Dificultad comunicativa que impida una comunicación oral.</p>
<p>Edad: Mayores de 18 años.</p>	<p>Edad: Menores de edad.</p>
<p>Residencia: al menos un año de residencia en Chile.</p>	
<p>Comunicación: Manejo comunicativo básico del español oral.</p>	

Técnica de recogida de información:

Entrevista individual y semiestructurada.

Guion temático de entrevista individual semiestructurada:

Sección 1: Antecedentes y concepciones generales:

- Antecedentes sociodemográficos: edad, identidad de género, pronombre, ocupación, si adhiere o no a un colectivo y/o militancia (en caso positivo, decisión personal si desea compartir el nombre de la agrupación), adherencia a alguna religión, lugar y fecha de entrevista.
- Cuál es su relación con la posibilidad de gestar.

Sección 2: Experiencias frente a la ley de interrupción voluntaria del embarazo

- Ha tenido experiencias en torno a enfrentarse como persona usuaria de la Ley IVE, o bien se ha planteado en esta situación.
- Ha conocido experiencias de otras personas transmasculinas y/o no binarias con capacidad de gestar frente a la ley de interrupción voluntaria del embarazo.

Sección 3: Percepción acerca del acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.

- Cuál es la percepción frente a poder acceder a la ley de interrupción voluntaria del embarazo en los centros de salud de Chile.
- Tiene recuerdos sobre campañas comunicacionales sobre el acceso a la Ley IVE.
- Percibe alguna relación entre la implementación de la Ley de Identidad de Género y el acceso a los centros de salud
- Otros emergentes.

Sección 4: Articulación de redes que respondan frente a procesos de interrupción voluntaria del embarazo en Chile.

- ¿Tiene conocimiento de alguna organización colectiva o articulación que esté trabajando en torno a la interrupción voluntaria del embarazo de personas trans masculinas y no binarias con capacidad de gestar?
- ¿Cobra importancia la articulación de personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar en torno a la interrupción voluntaria del embarazo?

Estrategia de análisis

La primera etapa fue la recolección de datos mediante el registro de audio con una grabadora de voz, audios que posteriormente fueron digitalizados para facilitar la reproducción y repetición de éstos, asociado también a un registro escrito con notas realizadas por el entrevistador.

Las cintas grabadas se guardaron hasta el final de la investigación, identificadas con una etiqueta que permitió reconocer número de la entrevista, identidad, edad, y antecedente de haber utilizado (sí o no) terapia hormonal género afirmativa farmacológica, manteniendo el anonimato de cada participante. La transcripción de los audios fue textual mediante el software *sonix.ai*, incluyendo los modismos utilizados, siendo igualmente explicados a pie de página durante los resultados de la investigación.

El análisis de datos se realizó a través de la Teoría Fundamentada, siguiendo la posición analítica constructivista de Kathy Charmaz, la cual asume la naturaleza interactiva, interpretativa y reflexiva en la producción y análisis de los datos (Palacios Rodríguez, 2020). Es decir, reconociendo que el investigador presenta un trabajo sostenido en el activismo LGBTIQA+, el proceso de investigación no sólo estuvo contenido en la acción construida socialmente por las personas participantes, sino también en la acción del propio investigador, teniendo por objetivo explorar en un conocimiento situado, y no el buscar la generalización de éste (Palacios Rodríguez, 2020).

Dada esta premisa, el análisis de los datos se realizó inicialmente con lecturas repetidas de los datos obtenidos en las entrevistas, integrando de manera explícita aquellas circunstancias y aspectos sociales, culturales, interaccionales y situacionales que afectan los procesos de investigación, donde el investigador reconoce su subjetividad, pero representando las opiniones y voces de quienes participaron.

Posteriormente los datos se clasificaron y agruparon inductivamente en códigos. Estos códigos fueron revisados repetidamente buscando semejanzas entre ellos, unificando aquellos que guardaban un mismo sentido, dando resultado a 41 códigos finales.

Los códigos fueron analizados y pareados según elementos que compartían en común, siendo reagrupados en la formación de 8 categorías. Estas categorías, también fueron agrupadas según elementos en común, lo que finalmente permitió obtener tres supra categorías, teniendo como eje relacional los tres objetivos específicos de esta investigación.

Esta estrategia permitió identificar grupos de textos, escribir resúmenes, e identificar información frecuente y/o emergente. La estructura de análisis se realizó mediante el uso del software de análisis cualitativo *Atlas Ti 23*, para codificar y sistematizar los datos.

Finalmente, el proceso de análisis se realizó hasta lograr una codificación abierta de los datos, permitiendo generar planteamientos sociales exploratorios sobre cómo perciben las personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar el proceso de interrupción voluntaria del embarazo en Chile.

Aspectos éticos

Según la Declaración de Helsinki, algunos grupos y personas vulnerables “pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional. Esto implica asumir una responsabilidad consciente sobre posibles abusos que han existido en el pasado, y por lo tanto obliga a tener en cuenta aquellos factores que hacen vulnerable a cada participante y tomar medidas para mitigar esos factores (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) - Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2017).

En base a lo anterior, las personas pertenecientes a las diversidades sexuales y de género han sufrido una patologización y discriminación histórica tanto por las instituciones de salud como por las instituciones del Estado en general, haciendo de esta población, personas de especial protección. Lo anterior implica consideraciones éticas al momento de realizar una investigación de este tipo, por ello se identifican elementos para esta población participante:

Riesgos: eventualmente se conversarán temas sensibles relacionados a barreras en el acceso a políticas públicas y/o acceso a los centros de salud en contexto de posibles escenarios de discriminación. Esto puede generar una concientización de episodios de discriminación, generando una posible desestabilización emocional. Para mitigar la posibilidad de estos riesgos, el investigador plantea un procedimiento posteriormente expuesto, con el fin de atender una situación aguda de salud mental.

Beneficios: La recolección de experiencias de personas trans y/o no binarias con capacidad de gestar frente a la ley IVE puede ayudar al levantamiento de una información que no existe a nivel nacional, fortaleciendo el conocimiento y visibilización sobre este tema, y permitiendo una posterior incidencia a nivel de las políticas de salud a la diversidad sexual y de género en Chile.

Por otro lado, la presente investigación otorgará un consentimiento informado a cada una de las personas participantes. El consentimiento explicará que esta tesis deriva del Proyecto de investigación FONDECYT "representaciones sociales de actores relevantes vinculadas con las principales barreras garantizadas en la ley 21.030, que despenaliza la interrupción del embarazo por tres causales en Chile", adjudicado en el Concurso FONDECYT Regular 2020.

Este proyecto tiene considerado financiamiento para el desarrollo de la tesis para investigadores o investigadoras que no cuenten con una beca CONICYT. Por otro lado, también se informará que no existe beneficio directo para las personas participantes; no obstante, se considera un beneficio indirecto básicamente representado por la red organizacional entre personas de la diversidad sexual, reconocimiento de experiencias y que eventualmente el producto sea un insumo para una discusión político sanitaria sobre la atención con respecto a la identidad y derechos de las personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar y su acceso a la ley de interrupción voluntaria del embarazo.

El consentimiento informado será firmado a través del nombre social y el nombre registral en caso de ser diferentes, pero los cuales no serán utilizados para efectos de la investigación, puesto que la información será anónima y confidencial, utilizando denominación arbitraria para cada una de las entrevistas.

En caso de – cualquiera sea el motivo – la persona necesita interrumpir, suspender o cancelar el querer realizar la entrevista, esto se aceptará sin ninguna repercusión para la persona voluntaria.

Igualmente es necesario mencionar que, en cuanto a mecanismos de contención, considerando riesgos de desestabilización de las personas entrevistadas, el profesional investigador cuenta con antecedentes de labores como médico de salud mental en atención primaria y centro de urgencia hospitalaria, con manejo tanto de patologías crónicas como agudas, herramientas que se pondrán a disposición durante las entrevistas. En caso de ser necesario está considerado el uso de primeros auxilios psicológicos con escucha activa y técnica respiratoria aguda, con eventual derivación a la red asistencial bajo el acompañamiento profesional médico del investigador.

Además, en caso de que durante el relato surjan elementos que ameriten otro tipo de conversación con profesionales de salud mental, el propio investigador se encargará de ofrecer un nexo con centros de salud que atienden bajo enfoque afirmativo para diversidades sexogenéricas, contactos facilitados por la “Lista LGBTIQA+ amigable” que tiene disponible el Departamento de Género y Salud del Colegio Médico de Chile, resguardando la estabilidad psicosocial de la persona, e interrumpiendo la entrevista si es necesario.

Finalmente, frente a un tema con las características ya descritas, el cual posee escasa producción y visibilidad tanto en la academia como en la sociedad en general, se hace imperante que la devolución de resultados sea amplia, posicionándose en distintos espacios: circuitos académicos, instituciones públicas y privadas, y como un deber ético,

también con las organizaciones de la sociedad civil, quienes a partir de los movimientos sociales han levantado este tipo de demandas, y la consecuente realización de esta investigación.

RESULTADOS

A partir del análisis de los datos obtenidos se obtuvo el núcleo y los elementos periféricos de la percepción de las personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar sobre el acceso a la ley de interrupción voluntaria del embarazo, permitiendo además la descripción exploratoria del fenómeno investigado.

Se realizaron trece entrevistas individuales con una duración promedio de una hora cada una. La Tabla 1 describe características generales de las personas entrevistadas (todas las personas mantienen el anonimato para efectos de la presente investigación):

Tabla 1. Caracterización de la muestra			
Número de entrevista	Identidad de género	Edad (años)	Uso de terapia hormonal (sí/no)
1	No binarie	30	No
2	No binarie	29	No
3	Transmasculino	29	Sí
4	Transmasculino	27	Sí
5	No binarie	38	No
6	Transmasculino	27	Sí
7	Transmasculino no binarie	18	Sí
8	Transmasculino no binarie	27	Sí
9	Transmasculino	22	Sí
10	Transmasculino	21	No
11	Transmasculino	19	Sí
12	Transmasculino no binarie	22	Sí
13	Transmasculino	22	Sí

Codificación Abierta: descripción de los códigos y categorías

La presentación de los resultados se encuentra estructurada por etapas.

En primer lugar, se describen los conceptos identificados por la codificación abierta mediante la agrupación de códigos que dan lugar a la formación de categorías: Construcción multifactorial de la identidad, Relación con la gestación, Relación con el aborto voluntario, Percepciones sobre el acceso a salud siendo una persona transmasculina o no binaria con capacidad de gestar, Experiencias en torno a la terapia hormonal, Barreras generales para acceder a la ley de interrupción voluntaria del embarazo, Visibilidad trans activista y oposición, y Articulación para transformar estructuras institucionales.

Posteriormente, se realiza la agrupación temática de categorías que dan origen a tres supra categorías: a) construcción identitaria y el efecto en torno a la interrupción voluntaria del embarazo; b) barreras de acceso a la salud y a la interrupción voluntaria del embarazo; c) red organizada.

Por último, se presenta el modelo descriptivo exploratorio “percepción de las personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar sobre el acceso a la ley de interrupción voluntaria del embarazo en la región metropolitana de Chile”, mediante el uso de las supra categorías obtenidas a partir de la codificación abierta.

Durante el análisis de las entrevistas se rescataron los elementos que dan respuesta a los objetivos planteados en la investigación, es decir, aquellos que aluden a las experiencias individuales sobre el sistema de salud y la interrupción voluntaria del embarazo, percepción sobre el acceso a los centros de salud para acudir a la ley de interrupción voluntaria del embarazo, y articulaciones sociales en relación a las identidades trans / no binarias y la interrupción voluntaria del embarazo.

A continuación, se realiza la descripción y análisis de las categorías ya mencionadas.

Construcción multifactorial de la identidad

Esta categoría reúne los códigos:

- a) Construcción de la identidad de género.
- b) Nombre social.
- c) Formación del personal de salud (-).

Estos códigos relacionan múltiples factores que convergen en el desarrollo de la identidad de género de las personas, donde se identifica que no es un tránsito de dicotómico desde lo femenino a lo masculino, o viceversa, sino más bien, un proceso dinámico y multidireccional, que se ve determinado por el deseo identitario individual, pero también facilitado u obstaculizado por el contexto social.

La manifestación del desarrollo de la identidad es diversa, incluso dentro de las propias personas que se encuentran en el espectro de las identidades trans. Por ejemplo, refieren que identificarse como mujer, hombre, mujer trans, hombre trans o persona no binaria, puede estar determinado por diversos factores, donde incluso esta identidad se relaciona a una posición política, indicando que en ocasiones la denominación trans permite una visibilidad que habitualmente no existe. Esta declaración expone que la identificación identitaria es amplia, y cada una válida según la experiencia de cada persona, lo que se ve expresado en la cita:

“Cuesta tanto a veces reafirmar la propia identidad que uno decide usar una etiqueta, por ejemplo de hombre. Entonces, por ejemplo, a alguien no le gusta la distinción de hombre a hombre trans, porque en sí mismo yo estoy tratando de que me vean como lo que soy, un hombre. Pero hay personas que también ven la identidad trans como otro espectro, no solamente como hombre, sino hombre trans. Y les gusta, les gusta esa diferencia porque yo no soy lo mismo que un hombre. Soy...soy un hombre, pero soy trans. Entonces, por ejemplo, yo antes era muy de "no, yo no soy un hombre trans, soy hombre" porque igual me chocaba que me pasaran a llevar sobre todo como por las características físicas. Entonces decía "no, yo soy hombre, hombre, hombre, pero al final igual es importante que se haga ese reconocimiento de hombre a hombre trans, porque igual de cierta manera hay diferencias, es como...no sé cómo explicarlo, pero es como una identidad aparte. Es como reafirmar y decir "no soy un hombre, soy un hombre trans" da más visibilidad”
(EP11_TM_SiH_29).

Paralelamente, el desarrollo identitario también podrá verse influenciado por la apariencia física y sus caracteres sexuales secundarios, donde la terapia hormonal género afirmativa permite realizar algunos cambios físicos visibles si eso está en los objetivos de la persona, puesto que es importante destacar que no toda persona trans o no binaria querrá realizar estas modificaciones, y quienes sí lo deseen, podrán buscar diferentes tiempos u objetivos en este proceso.

Sin embargo, con esta diversidad de posibilidades, se reconoce que estas decisiones también tienen un efecto en cómo observa y aborda el entorno social a la persona, y por tanto, también su construcción identitaria individual:

“la transición hormonal ha sido como un proceso de mucha paciencia, porque como que viene acompañada de muchas ganas de hacerlo ahora y cambiar, y como que yo no, no tengo los medios para acceder a eso, entonces tampoco lo voy a hacer de una manera tradicional, me estoy tomando todo el tiempo del mundo, porque aparte las hormonas te modifican y no vuelves atrás, entonces no me incomoda disfrutar lo que me queda con este cuerpo. Como que no... mi problema no es mi cuerpo, mi problema es cómo la gente me identifica cuando lo mira, no tiene que ver conmigo” (EP12_TMNB_SiH_22).

En la misma línea de lo anterior, al existir características físicas asociadas únicamente a lo femenino, como por ejemplo el cuerpo de una persona gestante, se describe que hay cambios corporales que pueden tener mayor o menor rechazo por un posible cuestionamiento identitario, tanto personal, como por la opinión externa. Por lo tanto, el embarazo, que históricamente está asociado a lo femenino, al desarrollarse en un cuerpo con identidad de género masculina puede implicar un posible rechazo social:

“Yo creo que también pasa que de repente muchas otras masculinidades quizás no le tengan un rechazo per se al embarazo, sino que le tengan un rechazo social al embarazo porque piensan que el embarazo está asociado a la mujer” (EP12_TMNB_SiH_22).

Se observa que la identidad guarda relación con la expresión de género, es decir, el conjunto de características físicas asociadas a una identidad de género y que se comunica mediante la imagen corporal de cada persona. Sin embargo, esta construcción de la identidad y de su expresión se ve también influenciada por la retroalimentación que se recibe a partir de lo que observa y luego comunica el resto de las personas sobre la imagen que ven, habitualmente asociándolo con los estereotipos de género culturales, que son principalmente binarios.

“Ahora de grande he tenido que venir a reafirmar muchas huevás, porque... cómo decirlo? Primero hombre trans, chiquito, bien binario, así como cispasing toda la huevá. Ya después pasé como mariconería ya directamente. Y ahora me pongo pantalones de cintura alta, el pelo largo. Me atreví con las argollas y la huevá, y me gusta. Pero al mismo tiempo la gente ahora jura que soy transfemenina porque se me dio vuelta la moneda. Ahora me dicen así como “tú eres trans, ya, y te quieres poner estrógeno”, y yo como “no...” ahí se nota el cispasing, cachai?” (EP13_TM_SiH_22).

Si bien los estereotipos de género persisten en la sociedad a nivel general, para efectos de esta investigación el abordaje hacia la identidad de género de las personas trans y no binarias se observa específicamente en el manejo por parte del personal de salud, un grupo que participa durante todas las etapas del ciclo vital, y que por lo tanto, las personas trans y no binarias tienen las experiencias de haberse visto expuestas a dispositivos de salud, identificando el trato y reconocimiento a sus derechos durante la prestación de un servicio.

Frente a estas situaciones, se describe una falta de competencias y de formación en género por parte de profesionales de salud, donde aun cuando no se tengan las intenciones de discriminar, por falta de estas competencias se puede estar vulnerando la identidad de la persona, exigiendo tránsitos unidireccionales y/o binarios, determinando que las personas trans y no binarias que acuden a una consulta lo harán teniendo que muchas veces decidir hasta qué punto entablar una discusión o bien adoptar algunos términos para poder resolver el motivo de consultar por el cual están acudiendo a un centro de salud. Este escenario que describe las atenciones en salud y el abordaje a la identidad se observa en la siguiente cita:

“No he tenido el placer de tener contacto con un profesional trans, que de alguna manera existan ciertas cosas que yo no le tenga que explicar o que no vea mi transición como un proceso que tiene un término, y que es un viaje lineal, y que mi identidad de género deba ser muy masculina. A mí la medicina no me permite profundizar en mi identidad de género, de las cosas que necesita mi identidad de género en mi cuerpo. Sino que, al contrario, siento que yo tengo que estar haciendo un consenso en ciertas cosas y aceptar el lenguaje de la medicina para obtener lo que quiero saber. Yo soy una persona no binaria, pero para la medicina soy una persona diagnosticada con transexualismo masculino para poder haberme operado” (EP06_TMNB_SiH_27).

Finalmente, se reconoce el uso del nombre social como una herramienta positiva y práctica de afirmar un respeto a la identidad de cada persona, lo cual a su vez puede estar facilitado aún más si la persona realizó el cambio de sexo registral:

“(acceder al sistema de salud) es horrendo! Bueno, obviamente siendo ex mujer cis era complejo también. O sea, no vamos a negar el machismo que existe con respecto a esas corporalidades, pero sin duda era más fácil. Como por ejemplo “al ginecólogo van las mujeres”, no sé, el momento de atención, igual el saludo con le doctore y todo eso. Y ahora, o sea, desde la atención administrativa es complejo. En mi caso también es más complicado porque no me he cambiado el nombre legal. Entonces me llaman por mi nombre muerto” (EP08_TMNB_SiH_27).

“en teoría ahora la atención en salud ha sido fácil, pero es porque tuve el cambio de nombre de carné. Entonces todo eso ya ahora pasa y voy, ya no hay problema porque me tratan por mi nombre... se facilita con el cambio de nombre, eso facilita harto, pero antes era complicado más que nada por el tema del nombre. Por ejemplo, iba y tenía que dar el nombre legal antes, entonces claro, eso igual condiciona... No cómo te traten, que te traten mal, pero sí como personalmente, por ejemplo, veían mi otro nombre y me trataban en femenino, y si bien no era como de carácter violento, igual uno se siente, porque como por razones obvias” (EP11_TM_SiH_29).

Finalmente, si bien el uso del nombre social por parte del personal de salud puede tener efectos positivos en el proceso clínico de atención de las personas trans, aparentemente es menos habitual el reconocimiento a las personas no binarias, que podrían tener que optar por un binarismo de género para ser reconocidas en la cotidianidad del sistema de salud, conocido como el *cispassing*⁴:

⁴Neologismo anglosajón que describe el adoptar una expresión de género asociada al binarismo de género, con el objetivo de que una persona del espectro trans manifieste una expresión de género con los estándares estereotipados de lo masculino o femenino, y no se sospeche una identidad trans.

“yo no tengo mi carnet actualizado, porque yo soy una persona no binaria. Por lo tanto voy a esperar a que eso sea posible (identificar el no binarismo en el carné de identidad) por muy problemas legales que me traiga, pero no he querido... hay veces en las que digo “no, quizás debería hacerlo”, sobre todo por temas del nombre, como que el que tenga una F, que tenga una M, a esta altura me es irrelevante, me vale lo mismo, pero en términos del nombre, a mí me interesaría cambiarlo” (EP06_TMNB_SiH_26).

Relación con la gestación

La categoría relación con la gestación se compone mediante los códigos:

- a) Gestación transmasculina.
- b) Maltrato a personas gestantes.
- c) Oscilación del deseo de gestar.
- d) Decisión de no gestar.
- e) Distanciamiento de ser una persona cuidadora.
- f) Consejería en salud reproductiva.
- g) Terapia hormonal y emociones.
- h) Detener terapia hormonal.

La relación con la gestación se manifiesta de manera espontánea previo a indagar en perspectivas sobre la interrupción voluntaria del embarazo, y es que antes de las percepciones sobre una interrupción, las personas cuestionan su relación con el embarazo en sí mismo, una relación fluctuante en el tiempo, determinada por expectativas sociales que se asocian a su socialización inicial siendo personas identificadas como mujeres, también por un juicio colectivo sobre lo que significa transitar hacia una identidad masculina, y por lo tanto el asumir que aquél tránsito determina unidireccionalmente abandonar cambios físicos asociados tradicionalmente a lo femenino:

“cuando era más chico, cuando era cis...lo pensaba (embarazarme). Pero es más que nada como por la idea de que, claro... yo antes era mujer, entonces claro, tenía que estar con un hombre y eso por ende embarazarme...Pero ahora cambió” (EP11_TM_SiH_29).

“ya el tema de amamantar públicamente, o sea, eso tampoco mucha gente lo piensa. Una cosa es que yo por ejemplo no tengo la mastectomía, si yo me llego a embarazar, yo supondré que puedo lactar. Pero ¿un hombre lactando en la mitad de la calle? Sí, un hombre lactando, o sea, ¿seré bien recibido si voy al mall Plaza, al sector para amamantar?, hay cinco mujeres sentadas, ¿y yo voy y amamanto? O sea, ya ahí me frené solo y no puedo alimentar a mi propia guagua⁵. El yo embarazarme también son nueve

⁵ Término coloquial chileno y otros países andinos para referirse a un o una lactante.

meses de guata⁶, claro, nueve meses donde yo voy a tener que andar caminando por las calles con una guata embarazado que nadie me va a entender, que yo ande lactando, nadie me va a apañar si es que yo rompo fuente en la mitad de la calle. O sea, son un montón de pensamientos que en realidad es todo el rato. Además de la desinformación mía, es el miedo constante porque todo puede pasar y nadie sabe nada, ¿cachai? Si yo voy y grito en la mitad de la calle “¡voy a tener una guagua!” ¿Cuál es la probabilidad de que un hombre no me mire y se ría? Estoy solo” (EP13_TM_SiH_22).

Las emociones que se generan al proyectarse como una persona transmasculina o no binaria gestante son muy diversas, destacando en la cita anterior el “miedo” y la “sensación de soledad”. Sin embargo, también se rescatan estrategias de cómo esto se podría revertir, y es que pareciera ser que a medida que existen más personas viviendo una experiencia previamente atípica en la cotidianidad de la vía pública, esto se comienza a normalizar, y podría dar confianza a otras personas eventualmente puedan experimentar una situación similar. La figura de referentes que visibilicen una realidad anteriormente no visibilizada:

“yo creo que primero debería haber mucha información y el problema es que uno no lo ve, hay poca imagen que te pueda traer a colación el relato, entonces como que no asocias una barba con una guata embarazada. Creo que la masificación de esas imágenes puede ayudarnos a hacernos preguntas y que después sea más natural. Porque normalmente se asume que un cabro⁷ trans no quiere nada, que no tiene nada que ver con la gestación, que no va a querer tener algo femenino como una guata embarazada” (EP06_TMNB_SiH_27).

A su vez, esta situación percibida aparentemente como atípica para la sociedad en general, puede tener efectos emocionales agudizados en una persona que acude a un centro de salud para recibir una atención, agravando una situación de vulnerabilidad debido a un posible desconocimiento, prejuicio o discriminación por el personal que atiende:

“Hay cierto prejuicio del hecho de ser trans masculino y llegar a llegar a una urgencia ginecológica donde no te conoce nadie. Exponer que tú eres trans y además también exponer que tuviste relaciones sexuales sin protección y por tanto estás gestando y que quieres interrumpir. Y entonces claro, no todos los ginecólogos, no todas las matronas, están preparados como educacionalmente para manejar este tipo de pacientes o de situaciones con el mayor respeto” (EP04_TM_SiH_27).

Por otro lado, más allá del desarrollo de la identidad individual y las expectativas sociales que se tengan sobre qué corporalidades son las que viven una gestación, se describen

⁶ Término coloquial chileno para referirse al vientre de personas o animales.

⁷ Término coloquial chileno para referirse a un hombre joven o adolescente.

también la terapia hormonal género afirmativa como otro factor que también guarda relación con proyectarse como una persona gestante. Se reconoce incertidumbre sobre los efectos de esta terapia en la salud reproductiva:

“El hecho mismo de gestar lo veo como muy lejano a mí. No me veo gestando. Es complicado, pero más que nada por los procesos biológicos. No me vería, por ejemplo, porque si no me equivoco, leyendo un poco, si eventualmente quisiera embarazarme tendría que parar el proceso hormonal, e igual eso como mentalmente para mi es un soporte” (EP11_TM_SiH_19).

“yo no descarto nada en cuanto a paternidades, pero como de gestar yo...ya yo lo tengo completamente descartado, más que nada por problemas que trae la hormonización, pero no un problema con la paternidad en sí, porque generalmente con la hormona... te voy a hablar de mi experiencia. Yo tengo muchos dolores... Ponte tú día por medio a mí me duele el útero, cachái⁸? Entonces mi idea obviamente que ya esta hablado y todo, es hacerme una histerectomía y que quede ahí el dolor, ¿cachay?” (EP03_TM_SiH_29).

Finalmente, la gestación también se observa desde una perspectiva socioeconómica, reconociéndola como un proceso que conlleva proyecciones y estabilidad, pero que a su vez se agregan incertidumbres frente a cambios físicos y hormonales que no son de conocimiento cotidiano por toda la población, reflejado en la cita a continuación:

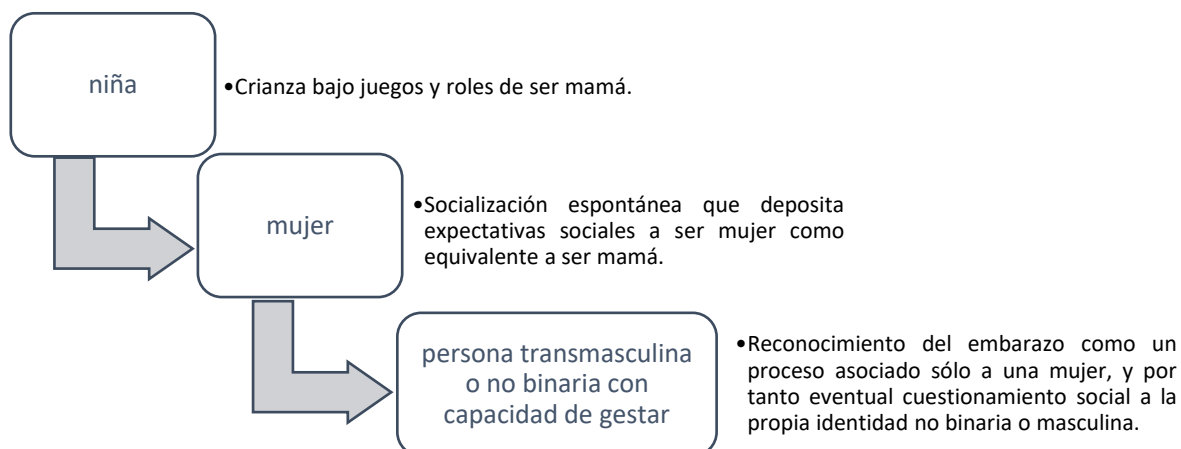
“Si me diera las lucas, sí (me gustaría gestar). O sea, yo tengo como ese parámetro un poco de que una cosa es querer y otra cosa es poder. Y en este minuto creo que no podría, pero no me molestaría. Yo creo que en realidad más allá del tener la guagua o no, es el proceso que va a ser un embarazo de riesgo, onda podría llegar a ser considerado así. Tengo que tomar los mismos medicamentos que una mujer cis, supuestamente. Pero el choque hormonal... No sé cómo funciona, porque al mismo tiempo, supuestamente para yo embarazarme tengo que dejar la testosterona durante un tiempo para producir óvulos. Y yo me meto anticonceptivos desde los 14 años” (EP13_TM_SiH_22).

Esta categoría rescata relatos que describen la relación con la gestación como un proceso dinámico, que responde inicialmente a la crianza de ser una persona socializada como niña y luego mujer, y posteriormente el tránsito de identidad de género hacia lo no binario y/o masculino.

⁸ Término coloquial chileno que se utiliza para en igual significado que el verbo entender.

Si bien este proceso no es explicativo para todas las experiencias trans y no binarias con capacidad de gestar, es el rescatado en los resultados de este estudio, para lo cual, a modo de graficar el proceso que permite una mayor visibilidad de esta relación con la gestación se expone la Figura 1:

Figura 1. Tránsito identitario de persona transmasculina o persona no binaria con capacidad de gestar.



Fuente: Codificación abierta entrevistas en profundidad.

Relación con el aborto voluntario

La categoría Relación con el aborto voluntario se compone de los códigos:

- Aborto espontáneo.
- Aborto y emociones.
- Experimentación de un aborto.
- Ley IVE es insuficiente.

Habiendo rescatado perspectivas sobre la posibilidad de gestar, en esta categoría se recoge el posicionamiento personal frente a interrumpir voluntariamente un embarazo, identificándose una posturas que han variado en el transcurso del tiempo, dependiendo de factores familiares, educacionales, políticos, personales, y amistosos, destacando este último frente a que las personas indican como episodios sustanciales el haber acompañado a otras personas durante un proceso de aborto voluntario, o bien, haberlo vivido en primera persona.

Se observa además que, entre todas las entrevistas realizadas en la presente investigación, todas las personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar están de acuerdo con la existencia de la ley de interrupción voluntaria del embarazo en tres causales actual de Chile (año 2023), considerándolo como el piso mínimo en la temática.

Esta perspectiva general y dinámica sobre la interrupción voluntaria del embarazo se explica en la siguiente cita:

“yo creo que uno cuando chico igual está influenciado por ciertas opiniones, la de los papás, la del colegio. Yo tengo mala memoria, pero yo creo que de todas formas en algún momento dije “no estoy de acuerdo con el aborto”, cuando era chico, quizás en el colegio, que era algo malo, que iba no sé, contra la religión, ¿cachái? La culpa religiosa. Pero uno cuando crece igual se va dando cuenta de cosas. A tus amigas le pasan cosas, ¿cachai? De repente a alguna no le funciona y está con una guagua. Entonces uno se va moldeando, o sea...no es que esto sea como la norma general, porque si no seríamos todos pro aborto yo creo, pero creo que eso es lo importante, como ir teniendo experiencias cercanas. Si tú conoces gente que ha abortado o que está con una guagua que en realidad le ha costado mucho salir adelante, yo creo que esas cosas igual te forjan a ti como persona, o tu opinión sobre el aborto. A mí me ha pasado que yo tengo mucha gente cercana que ha abortado, otras que no han podido o no sabían que esto se podía hacer. Que ya han terminado con hijos⁹, que les ha costado mucho. Entonces yo creo que esas personas me han forjado mi postura, mi opinión, ¿cachai? sobre el aborto” (EP03_TM_SiH_29).

En relación a la interrupción del embarazo como proceso físico, lo describen como un momento de vulnerabilidad física asociado a síntomas que requieren un acompañamiento, relatando experiencias de acompañar a otras personas a interrumpir una gestación. Sin embargo, de manera espontánea comentan que los casos que conocen son de amigas, mujeres cisgénero que han vivido procesos de aborto, a excepción de dos personas que relatan haber tenido que acompañar y/o asesorar también a otras corporalidades en el proceso, personas transmasculinas o no binarias. Este proceso de acompañamiento se ve expuesto en la siguiente cita:

“yo siento mi relación con el aborto como una relación clandestina. He acompañado abortos varias veces. He vivido ese proceso con personas. Me ha tocado que cabres lleguen a pedirme ayuda porque no tienen a nadie más, o no se lo pueden decir a nadie, y como que yo ya yo lo viví de otra manera (aborto espontáneo), pero lo viví también, y como que entiendo el aislamiento, la soledad y la necesidad de contención y no sé, como que para mí parir muerte es un acto de amor” (EP12_TMNB_SiH_22).

Paralelo a la experiencia física, también se indican diversas emociones que se transitan durante el proceso de aborto, ya sea voluntario o espontáneo, destacando la sensación de incertidumbre y otras emociones que conducen a pedir acompañamiento a personas significativas. Las personas significativas no serán necesariamente la familia sanguínea,

⁹ El uso de la letra “e” en el español se ha utilizado como parte del lenguaje neutro. Sus personas usuarias lo justifican mediante la inclusión de todos los géneros y no sólo el masculino con el uso solamente de la letra “o”.

dependiendo de dónde se sustentan los vínculos libres de juicio al proceso de aborto. Esto se observa en la siguiente cita:

“A mí me angustió más el tema de que se enterara mi familia. Yo intenté hacerlo lo más discreto posible. Mi mamá sospechó en algún momento, pero claro, intenté no ser tan obvio tampoco, y cuando caí hospitalizado ahí no puede pasar desapercibido, pero lo intenté ocultar, siempre tuve dificultades con la menstruación, entonces como que caí hospitalizado por un dolor grave. Yo lo oculté así, pero esa fue la angustia que no quería que nadie de mi familia se enterara” (EP10_TM_NoH_21).

Finalmente, este tránsito físico y emocional en relación al proceso de aborto, se puede ver facilitado u obstaculizado también por la confianza que tenga la persona en los dispositivos de salud. Entendiendo que la ley IVE es reciente en Chile, se reconoce que las posturas son diversas, y por lo tanto las personas usuarias describen que no sienten una confianza basal de acudir a un dispositivo de salud con un proceso de aborto voluntario como motivo de consulta. Esta situación se agudiza cuando además se reconoce que aún existe discriminación y/o desconocimiento hacia personas trans y no binarias.

“Como le comenté, en marzo del año pasado sufrí un aborto espontáneo, caí hospitalizado en Luis Tisné, y claro, lo normal es que obviamente caigan puras mujeres ahí. Pero no fue hasta que después de todo el proceso ahí expliqué “es que sabe qué pasó esto” porque después dijeron “pucha, igual fue tema de una irresponsabilidad”, me ofrecieron ponerme anticonceptivos, entonces yo le expliqué “pero es que hay un tema, yo soy tanto, tanto... entonces como que no quiero que me afecte hormonalmente”. (EP10_TM_NoH_21).

Acceso a la salud siendo una persona transmasculina o no binaria con capacidad de gestar

La categoría “Acceso a salud siendo una persona transmasculina o no binaria con capacidad de gestar” se compone de los códigos:

- a) Discriminación en salud.
- b) Mal generización.
- c) Maltrato a personas gestantes.
- d) Lenguaje inclusivo.
- e) Cispassing.
- f) Atención género afirmativa.
- g) Formación del personal de salud (+).
- h) Acceso a terapia hormonal.
- i) Derechos de la comunidad trans.
- j) Sistema público o privado.
- k) Mi profesional de salud es LGBTIQ+.
- l) Redes LGTBI+.

Esta categoría describe experiencias frente a acudir a centros de salud, lo que en perspectiva logra entregar una percepción de lo que significa el acceso a este derecho humano en personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar.

Al preguntar por lo que recuerdan de sus experiencias cuando acuden a un centro de salud, uno de los elementos más habitualmente descritos es el trato que se les da en relación a si se les reconoce o no su identidad de género, plasmado en el lenguaje y los artículos utilizados para referirse a la persona que consulta.

En primer lugar, destaca el *cispassing* que adoptan muchas veces las personas trans y no binarias con el objetivo de evitar dificultades de trato, además de buscar estrategias para poder hacer efectiva la consulta. A su vez, se indica como una práctica habitual por parte del personal de salud el utilizar pronombres o artículos equivocados según la identidad de género expresada y también el asumir orientación sexual (heterosexual), principalmente en prestaciones relacionadas a salud sexual y reproductiva. Lo anterior se observa en las siguientes citas:

“Cuando yo voy a atenderme, ya sea en cualquier sistema de salud público o privado, yo me mentalizo a que no me van a llamar con el nombre social, que voy a performear cis¹⁰, básicamente” (EP01_NB_NoH_30).

“fui atendida como una persona cisgénero por un dermatólogo de un hospital de la zona sur, y además de performear cis, como que me preguntan por método anticonceptivo, como para el acné, por ejemplo, y cosas así. Pero yo no quiero tomar anticonceptivos que nunca he tomado. Y me dicen “pero ¿cómo te cuidas?” Y empieza a asumir heterosexualidad. Y yo le dije que hay muchas alternativas de porqué yo no estoy tomando ahora, por ejemplo, “tú estás asumiendo que yo me vínculo con un hombre. Yo no tengo relaciones sexuales con hombres cis” (EP01_NB_NoH_30).

El asumir orientación sexual o identidad de género puede conducir a situaciones de malestar, distanciando a una persona del sistema de salud. A partir de esto, las conductas a seguir son diversas por parte de las personas trans o no binarias, algunas indican apoyarse en instrumentos estatales que garantizan el deber del personal de salud por reconocer la identidad de la persona usuaria; por otro lado, también hay personas que indican que prefieren omitir la falta de reconocimiento que se les realiza en ocasiones en los centros de salud, con el objetivo de lograr el proceso de consulta completo, o simplemente evitar una situación aún más incómoda.

Además, se describe que el *cispassing* puede estar facilitado por la terapia hormonal género afirmativa, que permite, mediante el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, una

¹⁰ Abreviatura coloquial de cisgénero.

expresión de género que va acorde a los estereotipos sociales de cómo se observa un hombre o una mujer, y por lo tanto disminuir la falta de reconocimiento a la identidad de una persona usuaria. Ejemplo de estas situaciones se observan a continuación:

“En los inicios de mi transición, cuando mi cuerpo se veía diferente, yo siento que tenía mucho más ímpetu para ir a luchar por ello (por el uso del nombre social), porque también la mal generización¹¹ era algo cotidiana, entonces estaba mucho más al borde. Como estaba mucho más acostumbrado a ir a pelear en la casa, peleaba en la universidad, peleaba en todos los espacios. Ahora ya no” (EP06_TMNB_SiH_27)

“Igual uno está como tenso, como con esa duda de pucha¹², me tocará una persona que en realidad si yo le digo o le pido que respete mi pronombre y mi nombre, ¿realmente lo hará? ¿No se me va a juzgar o dudar de mi relato?” (EP03_TM_SiH_29).

“Yo igual soy muy despreocupado con mi identidad en esa parte, porque claro, se entiende porque son experiencias. Quizás hay chicos trans que quizá les guste defender bien su integridad e identidad, pero a veces a mí no, porque claro, por el tema de no dar explicaciones o porque me quiero ahorrar un atado, entonces no estoy como para pasar rabia. A veces elijo las batallas” (Ep10_TM_NoH_21).

Entonces, las atenciones en salud se ven tensionadas frente a no saber si el personal de salud utilizará formas discriminatorias en su trato, o aun cuando sin querer discriminar, pueda estar omitiendo preguntas o enunciados pertinentes al motivo de consulta de la persona usuaria.

Profundizando en este posible mal abordaje por parte de la sociedad en general, y en específico del personal de salud, esta tensión puede verse exacerbada cuando la persona consulta además por motivos relacionados a salud sexual y reproductiva, puesto que las personas trans y no binarias aparentemente no son asociadas a un desarrollo de esta esfera de la salud, interpretándose como si el ámbito sexual y reproductivo no fueran elementos considerados en su vida personal:

“Una cosa es que me embarace, si deseo o no tenerlo, eso es una cosa, digamos que no lo quiero tener: ¿con quién me trato en caso de cualquier cosa?”, O sea, a mí también me da miedo embarazarme, no solamente por el abortar en sí, sino el proceso y el desarrollo, porque es prácticamente solo. Claro, si ya una mujer cis está sola en el proceso de aborto

¹¹ Término utilizado principalmente por la comunidad trans y no binaria para indicar cuando alguien se refiere con los pronombres o artículos de género inadecuados a otra persona.

¹² Término coloquial chileno que se utiliza para lamentarse de una situación.

en muchos casos, imagínate un hombre trans y que los doctores te miran y te dicen no sé qué hacer, no sé qué es esto” (EP13_TM_SiH_22).

“Está pasando (algún chico está buscando abortar) O sea, ahora mismo hay un compa que está culeando y se le está rompiendo el condón. Y va a tener que ver qué hace ahí. Ese compa se puede ver con barba, se puede ver con teta¹³, se puede ver sin tetas, cachai, va a ser complejo para él, ir a un centro de salud, decir “quiero acceder a la ley de aborto y me llamo Pedro”. Ahí hay un cruce, si te llamas Pedro y vas a ginecología ya te molestan, entonces como que si a las mujeres cisgénero les viene todo este peso patriarcal a decirles que no pueden abortar, les dicen qué tienen que hacer con su cuerpo, a nosotros también nos pasa, y además tienen que sumarle la transfobia” (EP06_TMNB_SiH_27).

Sin embargo, siendo conscientes de esta posible mal generización, e incluso sabiendo anticipadamente que una o un profesional en específico no realizará una atención respetuosa en relación al género, en ocasiones las personas trans o no binarias acuden igualmente con profesionales específicos, puesto que es escaso el número de profesionales de la salud que tienen las competencias técnicas para realizar terapias género afirmativas, pasando por alto el someterse a un trato no afirmativo con el objetivo de poder acceder a un proceso clínico en particular. Esta situación se observa en la siguiente cita:

“Hay una lista circulando entre personas trans en hormonas como de quiénes sí, quiénes no... Pero yo estaba muy desesperado por hormonarme y obvio que el único que tenía hora disponible es el que todes sabemos que no tenemos que ir, ¿cachai? Pero bueno, fui igual porque en el fondo era rápido, no pone ningún problema en hormonarte tampoco (...) Me feminizó toda la consulta” (EP08_TMNB_SiH_27)

Durante la presente investigación todas las personas entrevistadas indican que la mal generización es algo frecuente en salud, y que si bien existen profesionales que respetan sus nombres y pronombres, no es lo más habitual:

“En particular con mi psicólogo con el que estoy trabajando actualmente, no me mal generizó. Pero, muchas veces en el centro de salud cuando escuchaban a otra persona tratarme de forma neutra se reían o pensaban que era una broma” (EP02_NB_NoH_29).

A pesar de que estas malas experiencias sean lo habitual, refieren que también existen excepciones. Estas excepciones son poco frecuentes, lo que produce que las personas retengan en su memoria a las y los profesionales que tienen un trato respetuoso con perspectiva de género, generándose una recomendación para sus pares:

“La primera fue medicina general por un resfrío en integra médica y era una cabra súper joven. No me trató con ningún pronombre. Entonces ahí le dije “Oye, en realidad me llamo

¹³ Término coloquial chileno asociado al seno mamario.

-tanto-" porque sí me dijo "Hola Valentina", Pero ... claro, me vio... semejante maricón y dijo como...no sé, lo vi en su cara, como "quizás ese nombre está raro", no sé. Y le dije... "Oye, mira, soy una persona trans y mis pronombres son masculinos, mi nombre no es ese, es este" -"Ah ya, ningún problema". Fue súper amable. Igual. Hay torpeza, ¿no? Como...

Claro, una cosa es no reaccionar de manera negativa a un nombre y a un pronombre, ¿cachai? Pero otra cosa es el entendimiento. Que esa es una discusión que me gusta harto. Y el otro fue un neurólogo porque fui a verme por déficit atencional, eso fue en la clínica alemana, no sé, habrá tenido unos 30 y tantos, tampoco me trató con ningún pronombre, hasta que me escuchó mis pronombres. Y eso se dio natural, me trató en masculino. (...) cuando me hizo la receta y me dijo tu nombre y le dije xxxxxxxxo, con "o" le dije, "ah ya, ok" y de hecho muy curioso, me hace mis recetas con ese nombre, a pesar de que en el sistema le aparezco con el otro, debe entender perfectamente que ese es mi nombre legal, ¿cachai? Pero lo hace sin ningún problema. Pero esas experiencias han sido excepcionales"
(EPO8_TMNB_SiH_27).

Estos relatos, donde se recibe una atención género afirmativa, al ser excepcionales determina que las personas trans y no binarias una vez que encuentran un o una profesional de la salud con esas características, buscarán mantener esa relación de atención, considerando que profesionales con estas competencias clínicas y asociado al trato género afirmativo, es escaso:

"Yo me quedé con la primera persona que a mí me dio la receta de Nebido^{®14}, y es la persona que me atiende hasta el día de hoy, más que nada porque no quiero lidiar con más gente, he visto que es una buena profesional, que claro, tiene sus limitaciones con respecto al proceso. Yo tengo mis resguardos, pero me he mantenido con ella y la he perseguido también en hartos lugares porque normalmente se está moviendo"
(EPO6_TMNB_SiH_27).

No obstante, reconociendo el abordaje erróneo que tiene en ocasiones el personal de salud, se reconoce también que las instituciones y sus profesionales han avanzado en instancias de formación y capacitación en cuanto a perspectiva de género, o bien, el personal en ocasiones demuestra una apertura a aprender elementos que previamente no conocía, lo que las personas usuarias valoran explícitamente:

"Cuando empecé (la transición) el tema no era tan normal. Yo no encontraba tanta información de las transiciones o lo que era el mundo trans. Y dije, si a mí me cuesta acceder a esa información, menos va a haber para centros de salud. Entonces bueno, una vez la fundación de Bastián hizo una capacitación al medio de salud en el Hospital Militar

¹⁴ Marca comercial de Undecanoato de testosterona, fármaco utilizado para la terapia hormonal género afirmativa que tiene por objetivo desarrollar caracteres sexuales secundarios asociados culturalmente a lo masculino.

que queda en mi comuna, explicando ciertos temas, y yo creo que eso hace falta a los centros de salud, porque formación, formación y protocolo” (EP10_TM_NoH_21).

Paralelamente se reconoce que las instituciones de salud, específicamente el Ministerio de Salud, ha elaborado herramientas para garantizar el uso del nombre social en la atención de salud, sin embargo, las personas indican que son poco conocidas, y que mientras no exista una socialización de los instrumentos para todo el personal de salud, los cambios aún son insuficientes:

“La ley y las circulares, la gente de salud no las conoce, no están socializadas, como que la gente que las conoce son las personas de los polis¹⁵ (de identidad de género), o alguien que trabaja en género” (EP01_NB_NoH_30).

“Yo creo que ninguna va a servir (las circulares) en la medida en la que no se eduque de base lo que es una persona trans. O sea, tú puedes tener las circulares, pero claro, las personas que tienen el poder a veces no les interesa. O lo van a hacer como un poco para que uno se quede callado. Pero en la medida en la que no haya un entendimiento real voy a estar todo el rato como intentando tapar baches. ¿Me cachai? Como la ley antidiscriminación, es una ley que intenta profundizar penas pero no previene el crimen. ¿Me entiendes? ¿Dónde está esa prevención? Yo creo que es una pregunta y un deber que tenemos como país” (EP06_TMNB_SiH_27).

Entonces, identificando estas dificultades para el acceso a la salud – y que se convierten en barreras – para este grupo de la población, éstas también se manifiestan cuando las personas acuden a prestaciones específicas en salud, tales como la terapia hormonal género afirmativa, pero que lamentablemente, debido a estas situaciones de discriminación, se genera un distanciamiento entre la persona usuaria y el sistema de salud.

Esta ruptura en el acceso tiene consecuencias, y una de ellas es la automedicación y/o la compra de medicamentos fuera de la norma sanitaria:

“Lo que se tiene que hacer es un seguimiento de manera controlada y no uno clandestino. Porque eso es lo que pasa también en cuanto a la hormonización acá en Chile, desconozco la realidad de otros países en cuanto a su regularización, pero lo que sí pasa en Chile es que hay muchas personas que están transitando de manera no controlada. Tampoco están haciendo un seguimiento endocrinológico, entonces tampoco se están tomando exámenes, no están controlando sus niveles de hormonas. Entonces eso igual es un problema de salud pública que va a ir como en ascenso en cuanto vamos viendo también que la población que es trans registrada como tal, vaya en ascenso” (EP04_TM_SiH_27).

¹⁵ Abreviatura de policlínico, unidad clínica que reúne prestaciones de salud de un mismo grupo temático.

“No hay hormonas a veces en los hospitales, cuando tú vas a rescatar la hormona... no está, entonces... acuden a hormonas que se venden de manera ilegal, que no sabes si están de manera certificada, si están resguardadas, almacenadas con la cadena de frío correspondiente”. (EP04_TM_SiH_27).

Frente a este escenario, y según posibilidades socioeconómicas y/o territoriales, las personas buscan centros y profesionales de la salud donde podrían acceder a estas prestaciones específicas con un acompañamiento profesional. Sin embargo, otra de las dificultades a las que se enfrentan es el escaso número de profesionales que realizan estas prestaciones específicas, desencadenando que se generen listas de espera en los centros públicos del país:

“Realizo mis atenciones en el servicio privado. Iba a empezar en el servicio público, pero tenía una lista de espera de dos años. Entonces yo partí con automedicación y estuve siete meses con automedicación y luego entré como en un colapso. No podía encontrar lo que yo estaba consumiendo por ningún lado. No sabía qué le estaba haciendo a mi cuerpo, también como que había hartos síntomas que yo sentía que nada que ver. Ahí acudí con una endocrinóloga que me cortó la testosterona (que estaba usando) y ahí partí con el proceso en el que ahora llevo” (EP06_TMNB_SiH_27).

“igual yo ya llevo varios años hormonándome, cuatro años ya creo. Me empecé a inyectar en enero del 2019, ¿cachai? Y yo sé por los tratamientos que hay que pasar, el examen de sangre y todo. Pero no critico a nadie que se esté automedicando en este minuto porque está inaccesible, o sea, terminai esperando transicionar tres años por un par de hormonas o que te vea una doctora para que te diga “tráeme un examen de sangre” (EP13_TM_SiH_22)

Estas experiencias situadas en relación al acceso a la salud, caracterizadas por discriminación, no uso del nombre social, uso de pronombres incorrectos, o el bajo número de profesionales que cuenten con competencias técnicas para atender los motivos de consulta, son situaciones que conllevan a que las propias personas trans y no binarias se articulen y generen un listado de construcción continua, identificando a profesionales que realizan atenciones trans afirmativas, con el objetivo de no exponerse a situaciones de discriminación, y además, recibir la orientación necesaria para el motivo de consulta por el que acuden. Esto se ve expuesto en las siguientes citas:

“Yo sé que hay profesionales trans y trans friendly y yo podría pedirle a esa persona específica (trans afirmativa) “oye, va a llegar este caso”, pensando en resguardarle, pero no creo que si yo no tuviera esa red le diría a una persona anda a tal lugar. Porque no va a ser respetada en su identidad, va a ser llamada por el nombre registral probablemente, y muchas otras cosas” (EP01_NB_NoH_30).

*“Y bueno, sobre la experiencia con endocrinólogo particularmente, hay una lista circulando como entre personas trans en hormonas como de quiénes sí, quiénes no”
(EPO8_TMNB_SiH_27).*

Por último, estas redes se articulan no sólo entre personas usuarias, sino incluso también entre profesionales de la salud y organizaciones que en conjunto buscan evitar situaciones que vulneren los derechos de la persona consultante, y por tanto gestionar una llegada al centro de salud en donde se respete la identidad y el proceso de atención en general, descrito en la siguiente cita por una persona que además es profesional de la salud:

“Sobre consultar en urgencias, al menos donde yo estuve, no se sabía que existía la ley IVE. Entonces era un maltrato muy grande y nosotres nos enterábamos porque las personas que llegaban a urgencias llegaban porque redes feministas las mandaban y nos avisaban. Entonces nosotres podíamos hacer ese seguimiento” (EPO1_NB_NoH_30).

Experiencias en torno a la terapia hormonal

La categoría “Experiencias en torno a la terapia hormonal” está compuesta por los códigos:

- a) Acceso a terapia hormonal.
- b) Emociones relacionadas a la terapia hormonal.
- c) Contraposición de fármacos.
- d) Detener la terapia hormonal y sus efectos.

La categoría guarda relación con perspectivas y experiencias sobre el acompañamiento en salud recibido para llevar una terapia hormonal género afirmativa, con el objetivo de lograr caracteres sexuales secundarios según el género identitario.

Esta categoría recoge desde las dificultades para acceder a una terapia hormonal en Chile, la búsqueda por profesionales que realicen esta prestación médica, hasta las dificultades por mantener el acompañamiento.

Finalmente, durante la investigación las personas vinculan espontáneamente esta terapia con la interrupción voluntaria del embarazo, pero el grado de conocimiento es diverso en cuanto a si se modifica o no la función reproductiva habiendo iniciado la hormonización, o bien, la incertidumbre en cuanto a si existe una interacción farmacológica con la interrupción de una gestación.

Por lo tanto, la primera barrera que se observa para acceder a una terapia hormonal género afirmativa, es el tiempo de espera, expuesto en la siguiente cita:

“¿Expedito? de hecho cuando lo solicité fueron al menos una espera de ocho meses para empezar ya con tratamiento hormonal” (EPO4_TM_SiH_27).

Lamentablemente, las barreras en el acceso a salud determinan que en ocasiones las personas busquen alternativas para resolver el motivo de consulta, agudizándose cuando

una prestación como ésta, permite la integración personal con su propia identidad, y por lo tanto se describe que pueden aparecer deseos ansiosos de iniciar lo antes posible. Estas alternativas de búsqueda varían desde transitar del servicio público al servicio privado, o asociado a una dificultad económica: a la automedicación con posibles efectos no deseados:

“Cada cuerpo es diferente, hay personas que se interrumpen, por ejemplo, algo tan simple como la menstruación, a los cuatro meses. Hay otras personas que tienen un corte de su menstruación a los seis meses. Hay personas que tienen quizás al año. Entonces, bajo ese punto de vista. Cada cuerpo es un mundo. Y siento que ahí principalmente lo que se tiene que hacer es un seguimiento de manera controlada y no uno clandestino”

(EP04_TM_SiH_27).

“(La terapia hormonal) ha sido como un proceso de mucha paciencia. Porque la transición como hormonal, como que viene acompañada de muchas ganas de hacerlo ahora y cambiar y como que yo no, no tengo los medios para acceder a eso”

(EP12_TMNB_SiH_22).

Ahora bien, médicamente la gestación es un proceso en el que participan diversas cascadas hormonales, y que por lo tanto se podría generar una incertidumbre en relación a iniciar una terapia hormonal género afirmativa y la función reproductiva. Sin embargo, se describe que preguntas en relación a la función reproductiva no es algo habitual, y a su vez, quienes ya han iniciado una terapia hormonal refieren escasa información en relación a la función reproductiva al inicio de la hormonización.

Lo anterior se describe en la siguiente cita de una persona transmasculina que tiene el antecedente de estar con hormonoterapia:

“como que no está dentro de las preocupaciones tampoco de las personas, como que no son tantas las personas trans masculinas que se ponen en el escenario como de “¿y si quedara embarazado?”. Claro que incluso diría que las personas que conozco, o que he conocido como que inician el tratamiento, confían mucho en el hecho de que van a quedar infértiles (...) igual estoy como con un anticonceptivo y todo porque como que mejor prevenir que lamentar la verdad” (EP07_TMNB_SiH_18).

“ni siquiera se me habría ocurrido porque últimamente pensaba como ¿Qué pasa si tengo sexo con una persona con pene y eyacula como dentro mío? No tengo idea si puedo quedar embarazada o no, por ejemplo. O bueno, si me violan, no sé. Entonces habiendo pensado eso y habiéndome tú dicho... como que me planteo, claro, es como... verdad.

Pucha, como parece que es posible, parece que hay formas y formas, ¿cachai?”

(EP08_TMNB_SiH_27).

La duda respecto a la terapia hormonal y la posibilidad de gestar radica en si acaso la testosterona funciona o no como un anticonceptivo, o bien se requiere mantener un método anticonceptivo en caso de no planificar una gestación. Las personas indican

habitualmente presentar dudas sobre estos cruces en salud, sin recibir consejerías específicas y programadas en las atenciones que han acudido por la terapia hormonal género afirmativa:

“Yo creo que debería informársele a la gente que la testosterona no es un anticonceptivo, pero yo creo que no es de conocimiento público. Creo que falta mucha información respecto a cómo tratar temas ginecológicos en personas que están en hormonas” (EP12_TMNB_SiH_22).

La información que posee la persona usuaria se vuelve aún más escasa cuando se agregan otras variables en cuanto a qué sucede si una persona desea acogerse a la Ley IVE, pero desconoce interacciones farmacológicas con los fármacos médicamente utilizados en una interrupción del embarazo:

“no sabemos qué tanto se contrapone el miso con la Nebido® (testosterona, marca comercial), por ejemplo. ¿Entonces qué sabes tú? ¿Si se toma la huevá y se muere de un choque de no sé qué? (EP12_TMNB_SiH_22)

“qué pasa si me preño? ¿Bueno, qué se hace acá? (...) ¿A quién le tengo que escribir? ¿Dónde me tengo que revisar? ¿Qué pasa si me llego a desangrar con un misoprostol¹⁶? O sea, yo voy a una urgencia. ¿Pero saben parar el sangrado en cuerpos que tengan años en testosterona? Porque el útero también se desgasta mucho, claro. O sea, de por sí mi útero es mucho más delgado que el de una mujer cis” (EP13_TM_SiH_22).

Finalmente, las personas describen tener una noción de interrumpir el uso de testosterona en caso de estar con terapia hormonal y buscar una gestación. No obstante, reconocen desconocer el proceso específico, y no haber recibido información específica de esto. Estos antecedentes conllevan a la búsqueda de información de salud en medios informales y sin la asesoría profesional que permita procesos seguros y preventivos:

“Sí...Y también yo lo tenía en conocimiento porque lo había estudiado. Había leído que hasta cierto punto hay pacientes que tienen que interrumpir la administración de su testosterona por los posibles efectos que pueden provocar en caso de gestación. Y por la menor probabilidad de que se genere la gestación” (EP04_TM_SiH_27).

“(En caso de gestar) me imagino que primero tienes que cortar hormonas y luego empezar algún tipo de proceso en el que el útero vuelva a estar más o menos como super fértil para poder lograrlo. Así que yo estoy a favor de eso. No estoy a favor de la sobrepoblación del

¹⁶ El misoprostol es un fármaco análogo de prostaglandina, utilizado para la prevención y tratamiento de las úlceras gástricas. También se indica en la inducción del aborto, del parto y tratamiento de la hemorragia postparto

planeta, pero yo no puedo meterme en el cuerpo de nadie. Decide gestar (si quieres). Creo que tiene todo el derecho y ojalá tenga acompañamiento” (EP06_TMNB_SiH_27).

Acceso a la ley de interrupción voluntaria del embarazo

La categoría “Acceso a la ley de interrupción voluntaria del embarazo” se compone de los códigos:

- a) Conocimiento de la ley IVE.
- b) Acceso a la ley IVE.
- c) Promoción de la ley IVE.
- d) Objeción de conciencia.
- e) Obstrucción a la ley IVE.
- f) Causal violación.

Esta categoría expone las percepciones de las personas entrevistadas sobre el acceso a la ley de interrupción voluntaria del embarazo, profundizando en el proceso específico para personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar.

En primer lugar, las personas destacan que aún consideran que el abortar en sí es un tema tabú en la sociedad, debido a los posibles juicios que se puedan realizar. Asimismo, todas las personas entrevistadas durante la presente investigación consideran que la ley IVE actual en Chile es un piso mínimo en materia de derechos sexuales y reproductivos, pero que, aun así, no está adecuadamente socializada por las instituciones ni conocida por la ciudadanía. Esto se observa en las siguientes citas:

*“Yo siento que igual el tema del aborto sigue siendo un tema tabú. Como que da como cosa hablarlo por el tema del qué dirán. Si bien se habla harto, hay poca gente que dice que lo ha hecho. Yo no considero que acá en Chile, si bien está el tema de las tres causales, no considero que sea un tema que esté como para decirlo abiertamente así “quiero abortar”. Porque claro, son tres causales, no es como que yo diga pucha, quiero abortar, pero por decisión mía y no porque me violaron, que eso es más fuerte”
(EP10_TM_NoH_21).*

“Las pocas enfermeras con las que hablé no sabían qué se podía hacer (en relación a la ley IVE), a pesar de que yo estaba consciente de todos los procesos que podía exigir (...), pero no sabían. Entonces era como tener que explicar también y educar a profesionales que se supone que tendrían que estar más al tanto” (EP02_NB_NoH_29).

“hay muchos obstáculos, no solo de parte de los objetores, sino de toda la gente que te recibe en admisión en un establecimiento, porque no conocen, no hay conocimiento, ¿cachai? Hay que estar haciendo capacitaciones, poner cartelitos y cosas para que la gente sepa que de verdad esto está funcionando y que existe” (EP03_TM_SiH_29).

Identificando una percepción de desconocimiento sobre la ley IVE, se pregunta por recuerdos de publicidad, infografías o similares sobre la ley. Las respuestas en su mayoría son no recordar información pública en relación al proceso para acceder a una interrupción del embarazo. Al acotar la búsqueda a información sobre Ley IVE en corporalidades trans o no binarias, niegan con seguridad haber visto información institucional sobre ello, exceptuando mensajes relacionados en manifestaciones sociales y marchas:

“No, la verdad no (al preguntar por recuerdos sobre campañas comunicaciones de Ley IVE). Así como oficiales no, obviamente como en marchas y cosas así, que son cosas autogestionadas igual, sí, pero... No, miento. Perdón. Mi memoria va y viene de repente. Bueno, pero como yo trabajo en un hospital y en un centro que atendemos ginecología y obstetricia, etcétera, una vez nos llegó un afiche donde salían las causales, que se informaba a la gente, cómo acceder, los tiempos también. Sí, eso, eso llegó en algún momento y lo pusimos como a la vista de los pacientes, en la sala de espera, eso que era del MINSAL¹⁷” (EPO3_TM_SiH_29).

“He visto estas campañas para prevención de ITS, que ahora he visto como programas que uno ve en la propaganda, personas de la comunidad, pero no he visto campañas como anunciando respecto de la ley de las tres causales. Ahora pienso que igual es un tema de una barrera cultural, una resistencia cultural donde hay muchas personas que se ofenden por el mismo hecho de que existe este tipo de ley” (EP04_TM_SiH_27).

Esta baja socialización de los alcances de la Ley IVE produce dudas en relación a los mecanismos de acceso, y específicamente en este grupo social, incertidumbre a reconocer si acaso las personas trans y no binarias están incluidas en esta ley:

“Respecto a las tres causales más que como publicidad, siempre fueron noticias de cómo se les negaba a mujeres este tipo de aborto. Nunca volví a ver números reales de si el aborto en tres causales empezó a hacerse efectivo. ¿En qué lugares? ¿Cuáles son los derechos que tienes como para exigirlo? ¿Y si yo, por ejemplo, no sé, una hueá tan simple que me preguntó un amigo la otra vez como "hueón, estoy dentro de?... ¿yo puedo ir como hombre trans y decir que me violaron? ¿Qué pasa ahí?” (EP13_TM_SiH_22).

Sumado a una socialización de la Ley poco efectiva, se manifiesta que no sólo existe la objeción de conciencia, sino que además se realiza obstrucción a la ley, una práctica que consideran peligrosa al dificultar que la persona pueda acceder a la interrupción del embarazo:

“Además nosotres nos dimos cuenta que no solo existe gente que objeta, sino que hay gente que obstruye, que eso es más peligroso a mi parecer, porque no declaras la objeción,

¹⁷ Ministerio de Salud de Chile.

pero sí dificultas que las personas puedan interrumpir. Hay gente que niega la atención, gente que no entrega la información completa, o gente que en la atención intenta convencer de lo contrario. Entonces es una ley que no está bien ejecutada y los equipos han tenido poca o nula capacitación al respecto” (EP01_NB_NoH_30).

Finalmente, destaca que las personas al ser consultadas por los posicionamientos frente a la interrupción voluntaria del embarazo, habitualmente inician la justificación mediante la causal de violación, siendo éste el ejemplo que utilizan para argumentar con personas que tienen una postura en contra de la ley. Esto se ve expresado en la siguiente cita:

“en mi familia pasa que tengo personas cercanas... O sea, bueno, yo ya no hablo mucho con ella, pero por ejemplo mi hermana mayor es como todo lo contrario, es como antiaborto y onda como es capaz de andar con un afiche antiaborto y yo siempre le digo como “bueno y si a tu hija la violan el día de mañana ¿qué pasaría? ¿Quieres que tenga esa guagua? Encuentro que es violento” (EP05_NB_NoH_38).

Visibilidad trans activista y oposición

La categoría “visibilidad trans activista y oposición” se compone de los códigos:

- a) Visibilidad de las trans identidades.
- b) Activismo transmasculino.

Tras haberse descrito previamente las dificultades en el acceso a la atención en salud, transitando por aspectos como el reconocimiento a la identidad, el uso del pronombre y nombre social, el acceso a terapia hormonal y sus interacciones con otras situaciones de la salud sexual y reproductiva, y final y específicamente con la interrupción voluntaria del embarazo, a continuación, esta categoría expone la percepción recogida en esta investigación sobre la visibilidad social que tienen los derechos sexuales y reproductivos de las personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar, principalmente a nivel de la sociedad civil organizada.

La articulación activista busca problematizar la posibilidad de acceso a derechos sociales, pero durante el relato también se identifican oposiciones desde otros grupos de la sociedad civil organizada.

Se describe un objetivo avance en temas de igualdad de género a nivel nacional, sin embargo, estos avances de por sí se relacionan a la búsqueda por disminuir la brecha histórica entre hombres y mujeres desde una perspectiva binaria y cisgénero, sin considerar habitualmente identidades trans y no binarias.

Se expone como ejemplo la paridad de género, un elemento aplaudido desde los movimientos sociales que trabajan por la igualdad de género, pero que, al no poseer una perspectiva amplia de las identidades, puede terminar por excluir a personas trans y no

binarias que evidentemente presentan una menor proporción en cargos de representación. Esto se ve expresado en las citas a continuación, la primera de ellas utiliza el caso de la elección para la Convención Constituyente del año 2022 en Chile:

“En el último año se han hecho muchos avances innegables en tema de igualdad de género, la primera convención, mayor cantidad de alcaldesas mujeres, ministerios paritarios, o sea, todas esas cosas están, pero no hay ningún ministerio que esté a cargo de personas trans. Me acuerdo cuando fue la salida de la Convención de la Constanza Valdez, que fue votada a favor en Valparaíso. Ella fue una candidata electa por la ciudadanía, pero la paridad la corrigió por un hombre cis, o sea, teniendo una percepción del género muy burda, ¿cachai? Como no entendiendo el espectro” (EP06_TMNB_SiH_27).

“Creo que si bien el proceso de visibilización trans es mucho mayor, creo que es solamente la parte binaria del proceso trans. Porque en Chile se ha dado un fenómeno muy particular que es que no se visibiliza lo que no se conoce. Y el tema de reconocerse a sí mismo como persona no binaria ya es lo suficientemente complejo en una sociedad que te encasilla todo el rato en hombre, mujer, azul, rosado. Todo tiene que ver con algo binario y que tú te escapes de eso es mucho más complejo porque no saben dónde encasillarte. Más aún si tú mismo no te casillas en algo” (EP02_NB_NoH_29).

Entonces, herramientas como la paridad de género son prácticas que se identifican como un avance hacia la igualdad de género, pero que, sin embargo, no estaría considerando otras identidades. En ese sentido, se reconoce que gracias a los movimientos feministas es que se logra abrir derechos sociales que históricamente han sido inhabilitados por una política patriarcal (como la ley de interrupción voluntaria del embarazo).

No obstante, durante la investigación se expone una relación lejana con algunas organizaciones feministas del territorio nacional, identificando una relación en donde no se les incluye explícitamente a las personas trans y no binarias, o bien, éstas últimas consideran que no se les debería incluir, declarando nunca haber estado fuera de este movimiento. Esto se explica con la cita a continuación:

“La verdad siempre me he sentido súper alejado del feminismo, entonces como que no es como, no sé, como que sienta decepción al respecto, sino es que es como, bueno, no me sorprende ya, como que no tengo expectativas tampoco puestas en el movimiento feminista en estos momentos con respecto a la inclusión - entre muchas comilla - de las personas disidentes, de las personas trans, porque bueno, no nos tienen por qué incluir, nosotros ya somos parte de la lucha en contra del patriarcado” (EP07_TMNB_SiH_18).

Frente a estas perspectivas, se revisan las articulaciones exclusivas de personas transmasculinas y/o no binarias con capacidad de gestar, y además si están abordando el acceso a derechos sexuales y reproductivos, reconociendo que hablar este tema lo identifican como algo difícil debido a la transfobia, e incluso debido al rechazo que se puede

producir desde espacios feministas que se declaran TERF¹⁸, donde se obstaculiza la participación de personas trans y el reconocimiento a su identidad:

“Conozco sólo dos activistas transmasculinos que hablan de esto, y la violencia que han recibido al respecto es brutal” (EP01_NB_NoH_30).

“No conozco (organizaciones o colectivos que estén trabajando en torno a la interrupción voluntaria del embarazo en personas transmasculinas o no binarias con capacidad de gestar), sólo conozco a lesbofeministas, y dudo mucho que se aborde (en ese espacio) porque la transfobia es alta, y muchas lesbofeministas son TERF” (EP01_NB_NoH_30).

Finalmente, durante la investigación se refiere que se conocen escasas agrupaciones que consideren explícitamente el acceso a los derechos sexuales y reproductivos de personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar, pero sí se identifican transversalmente a personas individuales que abordan la temática en su activismo personal, tanto en sus redes sociales como en manifestaciones sociales en la vía pública. Se observa en las citas a continuación:

“(la organización) Neutres Chile, me parece que está haciendo un acompañamiento importante en términos de acompañamiento, sobre todo a personas no binarias en gestación. Pero no tengo mayor conocimiento al respecto” (EP02_NB_NoH_29).

“Una vez le pedí a todos mis amigos, o sea, como algunos amigos trans masculinos o no binaries, que se sacaran fotos y que pusieran un cartelito como "aborto seguro para todes” (EP05_NB_NoH_38).

“Nunca he visto en las noticias aborto trans masculino. Siempre es en las marchas con el cartelito. Bueno, pero nunca lo he visto como una cuestión como masificada. Nunca ha sido noticia para mí. De algún modo y siempre que se empieza a tocar este tema lo toca la Emi Schneider¹⁹, lo toca el departamento de disidencia de Santiago y todo el tema, pero termina siendo una cuestión súper particular” (EP13_TM_SiH_22).

“lo bacán de este tiempo es como que no necesita darse una discusión parlamentariamente para que exista. O sea, tú te metes en el perfil de cualquier trans masculino y vas a encontrar en más de alguna publicación información, como experiencia propia, ¿cachai? No necesariamente como “oye, tenemos que abortar”, pero queda claro que no somos mujeres y que también abortamos, ¿cachai? y a eso puede llegar cualquiera.

¹⁸ Acrónimo de *Trans Exclusionary Radical Feminist*, que engloba a feministas que se autodenominan radicales trans excluyentes.

¹⁹ Activista y política chilena, Diputada de la República para el periodo 2022-2026, convirtiéndose en la primera parlamentaria trans en la historia de Chile.

Y hay algo súper valioso en eso también, que no instala la discusión, pero hace visible el posicionamiento, eso está cool” (EP08_TMNB_SiH_27).

Articulación para transformar estructuras institucionales

La categoría “Articulación para transformar estructuras institucionales” se compone de los códigos:

- a) Cruce entre la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo y la Ley de Identidad de Género.
- b) Redes LGBTIQ+.

Frente a la conversación sobre la visibilidad de los derechos sexuales y reproductivos, uno de los elementos que más habitualmente surge es la nomenclatura que se utiliza para la población objetivo en los programas o leyes que incluyan el proceso de gestación, y es que durante la investigación las personas presentan la inquietud si acaso la ley IVE les incluía o no al ser identidades distintas a mujeres cisgénero.

“hasta donde yo tengo entendido el debate es si es que son cuerpos gestantes, o sea que ponen mujeres directamente. Me acuerdo de esta discusión porque la tuve con un compa transmasculino que es activista, una de las cabezas fundadoras de memoria trans masculina que se llama Hireneo, y él tuvo un debate con una feminista radical, cuyo nombre la verdad es que no me interesa retener, en YouTube. Es como un programa de internet y en el momento en que tuvo la discusión, yo por lo menos fui parte de esa discusión escuchándola e ir a hablar con ella. Y me acuerdo que ahí hablábamos respecto a la ley de aborto y de como qué se ponía, qué iba. Bueno, las mujeres diciendo que es un borramiento de las mujeres poner cuerpos gestantes, las personas trans diciendo que es un borramiento de su experiencia cerrarlo en mujeres” (EP06_TMNB_SiH_27)

“Quizás si dice mujeres, uno como que ya está acostumbrado. ¿Verdad? Pero si dice como “mujeres y personas...no sé, de disidencias sexuales o sexogenéricas o personas trans o no binarias...Esto queda así como “wow”, a nosotros nos llama la atención y algo que nos alegra igual y como que nos hace sentir incluidos, ¿cachai? Uno ya, como que, si dice mujeres bacán, porque uno no está tratando de borrar a nadie, pero si incluye la otra, las otras palabras y lo que uno espera igual que esté... Es bacán. Yo lo recordaría por lo menos” (EP03_TM_SiH_29).

Profundizando en estos cruces entre la ley de identidad de género y la ley de interrupción voluntaria del embarazo, las personas usuarias observan un nexo entre la primera que reconoce explícitamente el derecho a la identidad de las personas trans, y la segunda que atiende específicamente un derecho de la salud sexual y reproductiva. Se describe un sistema que de manera basal no incluye a las identidades que no están dentro de la identidad cisgénero, por tanto, incluso cuando personas funcionarias de salud tengan la

voluntad de incluir a personas trans o no binarias, verán obstáculos sistemáticos porque la estructura excluye. Esto se observa en la cita a continuación:

“El cruce que yo pienso es que es un cruce que no está. Entonces la ley de aborto no está a la altura, porque hay personas que pueden gestar, que hoy en día tiene una identidad masculina en su carnet. Hay compas que tienen la capacidad de gestar y que en su carnet sale una M, por lo tanto, ¿cómo lo hará? Y hay una cuestión de legislación que también es súper potente y es como ¿qué es lo que permite la computadora? Lo sé porque a mí no me pasó, le pasó a un compa y yo estaba cerca. Para mí fue muy fuerte porque él quería tomar una hora en ginecología y él tiene su carnet actualizado masculino, y cuando fue a tomar la hora no la podía tomar. Y error, error, error. Entonces ese binario mental que está armado también en la computadora puede ser un problema. Y yo creo que es una barrera enorme” (EP06_TMNB_SiH_27).

Para terminar, se reconocen explícitamente las articulaciones LGBTIQ+ que se organizan para facilitar el acceso a derechos sociales, reconociendo la labor de profesionales individuales, las fundaciones, los colectivos y organizaciones sociales:

“Entonces ahí yo creo que igual juega un poco a favor el tema de la organización, de las fundaciones y todo eso, porque de repente, llega una persona que por ejemplo no corresponde a un hospital, que es como de otro centro, pero una fundación le dio el dato de que tenía que ir a la urgencia de cierto hospital, ¿cachai? Entonces esa persona por lo menos llega con la información de que tiene que acudir a esta urgencia y ahí la van a ayudar” (EP03_TM_SiH_29).

Codificación Abierta: Construcción de supra categoría

La formación de supra categorías forma parte de la codificación abierta, y constituye el comienzo tanto de la depuración de los códigos como del reordenamiento para la posterior descripción del fenómeno.

Según esto, las supra categorías construidas y graficadas fueron:

1. Construcción identitaria y el efecto en torno a la interrupción voluntaria del embarazo
2. Barreras de acceso a la salud y a la interrupción voluntaria del embarazo
3. Red organizada

A continuación, se describe cada una de las supra categorías.

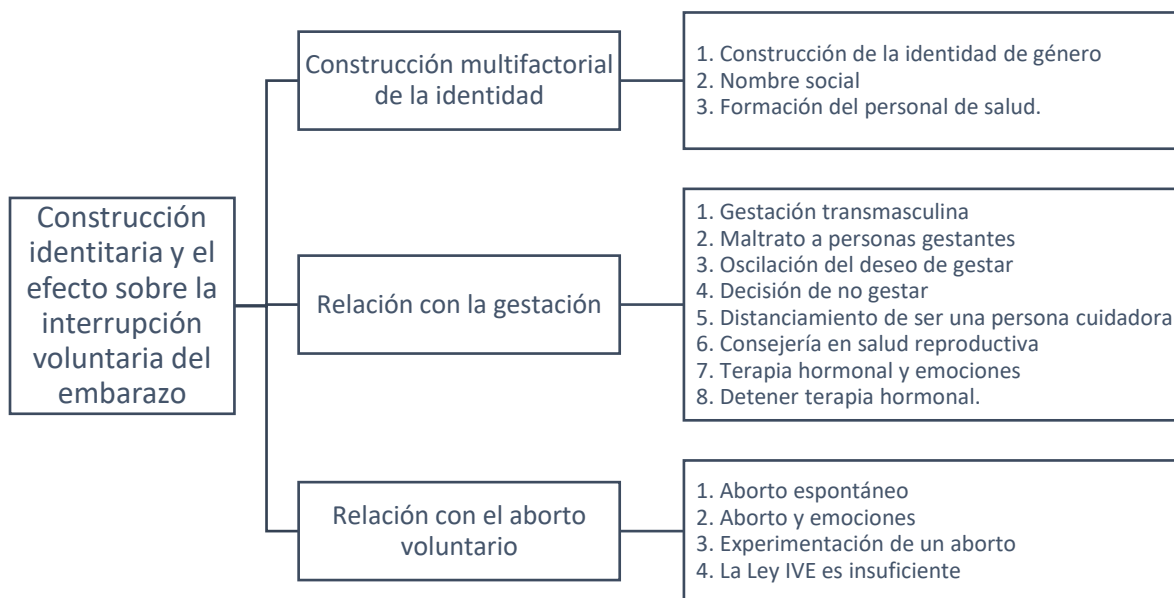
Construcción identitaria y el efecto en torno a la interrupción voluntaria del embarazo.

Esta supra categoría es entendida como los elementos que integran la experiencia individual respecto a la interrupción voluntaria del embarazo, pero comprendiendo a su vez que, previo a establecerse una perspectiva individual frente a este proceso, existe un desarrollo personal y constante sobre la propia identidad, luego sobre las concepciones que, en torno a vivir un proceso de gestación, y, por último, sobre la posibilidad de interrumpir voluntariamente un embarazo.

En esta primera supra categoría se encuentran los conceptos de “construcción multifactorial de la identidad”, “relación con la gestación” y “relación con el aborto voluntario”.

La Figura 2 muestra gráficamente los resultados obtenidos permitiendo un ordenamiento de la información. De izquierda a derecha se observan las supra categorías, categorías y sus conceptos asociados (códigos), todos ellos obtenidos a partir de las entrevistas en profundidad.

Figura 2. Construcción identitaria y el efecto sobre la interrupción voluntaria del embarazo.



Fuente: Codificación abierta entrevistas en profundidad.

En esta supra categoría se observa que la experiencia en torno a la interrupción voluntaria del embarazo es una construcción multifactorial, en donde participan elementos desde la crianza durante la primera infancia que habitualmente significaba una socialización inicial

como niñas/mujeres, por lo tanto, depositándoles las expectativas sociales asignadas a ser mujer, entre ellas, el embarazo.

Este proceso de desarrollo de la identidad es descrito no sólo en torno a la identidad individual de género, sino también de los proyectos de vida involucrados asociados a esa construcción social. La autopercepción identitaria es variada, desde ser niña, mujer, mujer lesbiana, persona no binaria, hombre, hombre trans, y/o transmasculino, u otras, y en esa diversidad de identidades se encuentran variados tipos de relaciones con el embarazo según el encuadre individual consigo mismo, misma o mismo, y también influenciado incluso por elementos exógenos como la terapia hormonal género afirmativa.

Para terminar, y con el antecedente de las categorías anteriores, esta supra categoría finaliza por exponer que la experiencia en torno a la interrupción voluntaria del embarazo ha sido habitualmente un cambio de posicionamientos, también acompañado por las historias de relaciones de amistades y familiares respecto a si han vivido en primera persona, o bien acompañado, una interrupción del embarazo, más allá de ser de carácter espontáneo o voluntario, puesto que las experiencias descritas – todas – comparten sensaciones de incertidumbre y necesidad de compañía.

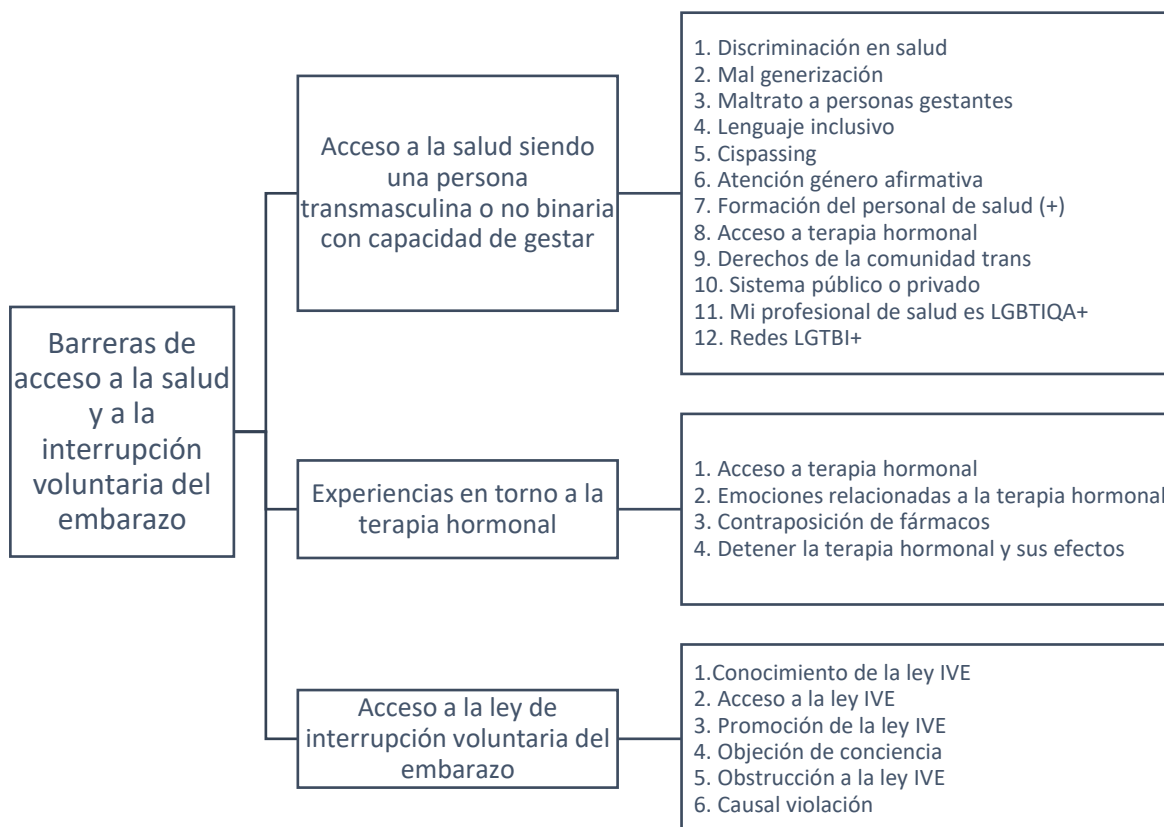
Barreras de acceso a la salud y a la interrupción voluntaria del embarazo.

Las personas transmasculinas y no binarias se enfrentan a barreras para acceder a derechos sociales en general, debido principalmente a un sistema que posee vías de ingreso establecidas desde una identidad cisgénero, y con el antecedente de una discriminación sistemática hacia las personas de las diversidades sexogenéricas desde las ciencias de la salud.

Estas barreras en el acceso se acentúan para prestaciones relacionadas a la salud reproductiva, destacando que a las personas trans y no binarias habitualmente no se les visualiza como personas con posibilidad de vivir una gestación, menos aún, de poder acceder a una atención y acompañamiento en una interrupción voluntaria del embarazo.

En esta segunda supra categoría se encuentran los conceptos “Percepciones sobre el acceso a la salud siendo una persona transmasculina o no binaria con capacidad de gestar”, “Experiencias en torno a la terapia hormonal” y “Barreras para acceder a la ley de interrupción voluntaria del embarazo”. La supra categoría construida se ve representada en la Figura 3:

Figura 3. Barreras de acceso a la salud y a la interrupción voluntaria del embarazo.



La undécima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) publicada en 2018, dejó de considerar las identidades trans en la categoría *trastornos*. Reconociendo lo reciente de esta actualización, las ciencias de la salud tienen una corta trayectoria educando de manera formal sobre atenciones clínicas género afirmativas, sin considerarlas una patología. De esta forma, las personas trans y no binarias se enfrentan a estas primeras barreras de acceso: la discriminación y la falta de competencias técnicas en salud.

Cuando se habla de interrupción del embarazo durante la investigación, las personas indican en primer lugar las barreras generales de la población, relacionadas estrictamente a elementos como la percepción sobre una escasa difusión de la ley IVE, la objeción de conciencia y la obstrucción a la ley. Sin embargo, agregan barreras específicas percibidas en base a su identidad, las que se sintetizan en: incertidumbre en torno a si las y los profesionales de la salud tendrán un abordaje con perspectiva de género, y seguidamente, si acaso tendrán las competencias clínicas para saber reconocer posibles interacciones con una terapia hormonal género afirmativa, o bien, considerar una historia clínica que incluya posibilidades reproductivas durante el proceso de atención de la persona consultante.

Red organizada.

Tras una continua falta de referentes sociales, las personas transmasculinas y no binarias habitualmente se articulan entre sí, intercambiando experiencias de tránsito, recomendaciones sobre dónde consultar - o qué lugares deben evitar – para recibir una atención garante de derechos, compartiendo espacios de acogida como fundaciones u organizaciones no gubernamentales, o bien, articulación activista que permita una mayor visibilidad a demandas específicas de esta comunidad.

A continuación, la Figura 4 representa esta supra categoría y las unidades que la conforman:

Figura 4. Red organizada



Las personas trans y no binarias identifican los colectivos que atienden específicamente sus derechos, reconociendo también liderazgos individuales que establecen discusiones con otras personas dentro del marco político o incluso con espacios opositoristas.

Paralelamente, también se integran dentro de organizaciones que mantienen a su vez otros objetivos de trabajo, pero que comparten la oposición a una estructura patriarcal. Esta integración surge principalmente con otros colectivos de las diversidades sexogenéricas y también con organizaciones de los movimientos feministas. Es con estos últimos, con quienes se establecen los mayores puntos de encuentro en relación a la visibilidad por los derechos sexuales y reproductivos de las personas con capacidad de gestar, y es donde a su vez, en esta intersección, se manifiestan las protestas sociales que trabajan por instalar esta temática en la agenda política mediante diversas estrategias.

No obstante, también se exponen dificultades en el activismo trans y no binario, destacando grupos TERF, quienes, siendo parte de los movimientos feministas, están en contra de la "inclusión" dentro de estas consignas a identidades que sean distintas a la de una mujer cisgénero. Durante la investigación, las personas refieren esto como una dificultad, y lo identifican como un punto de encuentro opositorista en el reconocimiento a los derechos sexuales y reproductivos en este grupo de la población.

Finalmente, las personas y las organizaciones activistas establecen redes de comunicación con profesionales de la salud, con el objetivo de facilitar procesos de acceso a atenciones trans afirmativas, siendo una medida que busca subsanar las barreras previamente identificadas. Estas redes se traducen en listas específicas de nombres de profesionales con perspectiva de género y/o que saben realizar prestaciones específicas en salud trans, y que por lo tanto se comparten entre las personas usuarias.

Por otro lado, también se logra la articulación entre las y los propios profesionales de la salud que se organizan bajo la utilidad de saber el mapa organizacional de a quién derivar personas usuarias que ameritan una atención género afirmativa.

Discusión

Las personas LGBTIQ+ presentan una serie de barreras en el acceso a la salud, con origen en la discriminación y antecedentes de patologización desde las ciencias médicas. Al identificar cómo perciben el acceso a la salud las personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar, específicamente a la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, se reconocen elementos que no enfrentan las personas cisgénero, y que por lo tanto invitan a una exploración situada en el relato de personas que transitan en su identidad, y que según las propias personas entrevistadas, estos elementos no son habitualmente identificados en las discusiones sociales de los derechos sexuales y reproductivos.

La experiencia de personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar en relación a la interrupción voluntaria del embarazo

A partir de los resultados, las experiencias en relación a la interrupción de un embarazo se reconocen como parte de un proceso que inicia desde las infancias y su socialización con el medio, es decir, una comprensión de estas experiencias y en este grupo de personas amerita una exploración de elementos que no son habitualmente descritos, presentan escasa información en la literatura, y que pueden presentar un relato más conocido – o en ocasiones asumido - en el resto de la población. La muestra entrevistada relata en primer lugar un posicionamiento crítico a identificarse como una persona con un cuerpo gestante en relación a su sentir identitario.

Las personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar que fueron entrevistadas, comparten con el grupo de mujeres cisgénero la característica de ser personas socializadas en sus infancias como una proyección a futuro de gestar, vale decir, al ser personas reconocidas inicialmente como niñas, el inconsciente colectivo de la sociedad es asumir y/o imponer que en un futuro serán madres, entregando un mandato social en relación a gestar.

En el proceso de manifestar una identidad distinta de una mujer cisgénero, indicaron comenzar un proceso dinámico y diverso en cuanto a adoptar roles de género según su propia identidad y percepción de ésta, y por lo tanto, algunas personas mencionaban rechazar el embarazo entendiéndolo como algo asociado históricamente a lo femenino, dando a entender que puede provocarse un cuestionamiento desde el entorno hacia la identidad en cuestión, existiendo aún una manera estereotipada de transitar hacia lo masculino o identidades no binarias, interpretándose un tránsito binario que establece el género a partir de dos polos opuestos sin relaciones entre ellos. En síntesis, esta socialización femenina, que culturalmente conlleva a gestar, es un primer elemento que

contribuye a cómo se experimenta posterior e individualmente una interrupción voluntaria del embarazo.

En segundo lugar, la relación con la gestación se ve tensionada también cuando algunas personas transmasculinas o no binarias con capacidad de gestar toman la decisión de iniciar prestaciones género afirmativas, particularmente una terapia hormonal. Estadísticamente, tras seis meses de haber iniciado una terapia hormonal con testosterona se produce amenorrea (cese de la menstruación), factor que a partir de los relatos se podría estar atribuyendo – equivocadamente – la cualidad de ser un anticonceptivo a esta hormona.

A partir de los resultados descritos, la errada función anticonceptiva que se le estaría otorgando a la testosterona conlleva a riesgos explícitos. Primero, bajo este pensamiento erróneo las personas pueden estar manteniendo prácticas sexuales sin métodos de prevención de un embarazo, presentándose como una posible problemática en caso de que éste último no sea planificado. Segundo, profundizando en esta confusión de los efectos de la terapia hormonal, se infiere que el rol de educación en salud sexual podría no estar siendo correctamente realizado, que tal como lo indica el Ministerio de Educación, los efectos del bajo nivel en educación sexual integral tienen efectos aún mayores en personas LGBTIQ+, ya que culturalmente existen muchas más creencias estereotipadas sobre este grupo, con una formación más frágil que para sus pares heterosexuales – cisgénero (MINEDUC, 2023).

Habiendo expuesto los antecedentes anteriores, ahora se facilita profundizar en las experiencias de las personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar en relación a la interrupción del embarazo per se.

En el grupo de personas entrevistadas, todas declaran estar de acuerdo en la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en tres causales como un piso mínimo en cuanto a despenalización, habiendo indicado que si bien no todas han experimentado un aborto en primera persona (sólo dos de ellas), la mayoría ha acompañado en procesos de aborto a personas significativas. Coincidiendo con lo descrito por El País en 2022, cuando las personas experimentan ya sea individualmente o bien a terceras personas en un proceso de aborto voluntario, éstas pueden transitar a una postura a favor en relación a las garantías legales que permitan acceder a un aborto seguro, o incluso volverse acompañantes (Rico, 2022).

[Acceso de las personas transmasculinas o no binarias con capacidad de gestar a la ley de interrupción voluntaria del embarazo.](#)

Similar al apartado anterior, y previo a discutir el acceso a la ley, las personas entrevistadas describen una serie de barreras que se presentan en el acceso a la salud en general, las cuales tienen un arraigo básicamente en la discriminación y en el desconocimiento.

La discriminación en salud hacia las diversidades sexogenéricas guarda su origen en un proceso que inicia a mediados del siglo XIX. El grupo entrevistado menciona como una constante la posibilidad de ser discriminado al describir la asistencia a un centro de salud, generándose un distanciamiento entre un grupo específico y la red asistencial, que además como lo indica la OPS, se arriesga la cobertura de prevención y asistencia profesional, tanto para necesidades generales como específicas en salud mediante un distanciamiento de la población al sistema en general (OPS, 2014).

Por lo tanto, una de las primeras percepciones sobre el acceso en salud es la percepción colectiva de recibir discriminación por parte del personal sanitario, o bien, que éste último desconozca cómo realizar una atención clínica con perspectiva de género. Estos elementos se ven descritos en dos situaciones específicas:

- a. Atención clínica que no reconoce la identidad de género de la persona usuaria.

El grupo entrevistado indica el tránsito de género como un proceso que no es lineal, y que además guarda una variedad de denominaciones para mencionar su identidad más amplio que un listado de categorías predefinidas, donde el término declarado puede describir incluso posicionamientos políticos en relación a la visibilidad. Al momento de acceder a servicios sociales, esta identidad se ve declarada principalmente mediante los artículos y pronombres del género a utilizarse, donde este grupo de estudio utiliza principalmente los artículos “él” o “elle”.

Cuando el personal de salud utiliza correctamente el lenguaje que reconoce la identidad de la persona usuaria, se reconoce como una práctica género afirmativa; la cual puede generarse a partir de dos posibilidades: a) existe un conocimiento adquirido por el personal de salud en relación a cómo realizar una atención con perspectiva de género, preguntando por pronombres o identidad, y realizando la atención con ese antecedente; b) el correcto uso del pronombre sea no intencionado, y en realidad fue facilitado por el cispasing, es decir, la persona usuaria puede estar presentando una expresión de género que coincide con los estereotipos de género que el personal concibe como masculino o femenino, y por lo tanto en esta “concordancia” sostenida bajo sus propios conceptos culturales, utiliza pronombres que coinciden con los que la persona se siente identificada.

- b. Desconocimiento de prestaciones específicas.

La discriminación sistemática que subyace en la patologización hacia las diversidades sexogenéricas, que como se indica anteriormente, se mantuvo explícitamente con diagnósticos asociados a trastornos hasta la décima versión de la Clasificación Internacional

de Enfermedades (CIE), produce que las atenciones género afirmativas habitualmente no sean abordadas en las mallas curriculares de las escuelas de salud, y por tanto, así como lo indica el grupo estudio, esta es una causa que explica por qué existe un desconocimiento generalizado por parte de profesionales de la salud sobre terapias género afirmativas.

Lo anterior presenta dos efectos directos:

- Primero, la construcción de una red de profesionales que utilizan enfoque de género y además saben realizar terapias género afirmativas. Esta red ha sido diseñada a partir de las propias personas usuarias que registran estos espacios y los comparten con sus pares, con el objetivo de evitar instancias donde se les discrimine o desconozcan sus necesidades específicas.
- Segundo, lamentablemente guarda relación con efectos nocivos en salud: la automedicación debido a altas listas de espera para acceder a un acompañamiento médico género afirmativo, o bien, simplemente la ausencia de esta prestación en el centro de salud correspondiente a la persona usuaria.

Profundizando en estas prestaciones de necesidades específicas, durante el relato del grupo entrevistado surge específicamente la terapia hormonal género afirmativa, una atención que quienes accedieron fueron personas transmasculinas, o transmasculinas no binarias, y a partir de la falta de un acompañamiento clínico informativo, se generan dos situaciones que tienen efecto directo en la salud sexual y reproductiva:

a. Escasa disponibilidad de prestaciones específicas en salud trans y sus consecuencias

La terapia hormonal género afirmativa es una prestación que no se encuentre disponible en todos los centros de la red asistencial pública de Chile, coincidiendo con lo que describe el grupo estudio, en donde además mencionan que, debido a *altas listas de espera*, las personas utilizan otras estrategias para poder acceder a las modificaciones corporales acorde a la expresión de género deseada. Estas estrategias responden a posibilidades económicas, y quienes tienen la posibilidad acceden a instituciones privadas que ofertan la terapia hormonal, sin embargo, reconociendo los antecedentes previamente mencionados de una precarización económica, laboral y académica que presentan muchas personas trans, éstas no pueden acceder a instancias de pago particular, y asociado a la búsqueda de modificaciones corporales para un bienestar biopsicosocial (cuando esto es solicitado) puede conllevar iniciar una terapia de reemplazo hormonal de manera automedicada. La automedicación es un riesgo en una serie de aspectos: un uso de dosis potencialmente desproporcionado, pensando equivocadamente que mayores dosis podrían producir efectos más veloces en el cuerpo; desconocimiento de efectos adversos y

contraindicaciones, sin contar con un seguimiento y monitoreo de la terapia, y finalmente, ausencia de asesoría en relación a salud sexual.

b. Ausencia o insuficiencia de asesoría en salud sexual al iniciar una terapia hormonal

La terapia hormonal género afirmativa guarda efectos directos en la función sexual y reproductiva de la persona que inicia el uso de testosterona, tales como el aumento de la libido e inicio de amenorrea (cese de la menstruación) luego de seis meses de uso. Es este último efecto lo que el grupo estudio describe conocer casos donde sus pares interpretan la testosterona como una hormona anticonceptiva, conllevando a tener prácticas sexuales sin uso de un método anticonceptivo eficaz, y por lo tanto manteniendo el riesgo de embarazo.

Al no existir una instrucción institucional en Chile en relación a cómo realizar una terapia hormonal género afirmativa, y así incluir una asesoría en salud sexual y reproductiva, la ejecución clínica de la terapia puede estar realizándose bajo el criterio individual de cada profesional, en donde la salud sexual podría no estar incluyéndose, o bien, desconocerse los efectos anticonceptivos y/o en el bienestar y placer sexual específicamente en personas trans.

Conociendo el antecedente de este bajo acceso a información especializada en relación a salud sexual y reproductiva tras haber iniciado una terapia hormonal género afirmativa, se traduce en la posibilidad de enfrentarse a una gestación no deseada, en donde el sistema de salud no estaría garantizando una educación preventiva en salud específica para este grupo de personas usuarias.

Ahora bien, el acceso a la ley de interrupción voluntaria del embarazo ha sido estudiado en Chile, donde el grupo estudio coincide con lo reportado por (Humanas, 2021) describiendo también las tres principales barreras mencionadas anteriormente: falta de información, escasa capacitación en la red asistencial, y una objeción de conciencia no bien implementada que se transforma en una obstrucción a la ley.

Si bien las personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar comparten estas barreras indicadas, las respuestas obtenidas invitan a realizar un análisis individual de cada una de ellas, puesto que se observa una agudización o una realidad experimentada sólo por este grupo de personas.

a. Falta de información

El análisis se realiza según las respuestas a “¿tiene recuerdos de campañas comunicacionales en relación a la ley IVE?”, a lo cual se entregaron respuestas con un abordaje desde lo general de la población a lo particular de este grupo específico.

Todas las personas entrevistadas indicaron no haber visto contenido informativo sobre la ley de interrupción voluntaria del embarazo. Sólo dos de ellos (trabajadores de la salud), recordaron haber visto información sobre la ley, pero sólo al interior de los centros de salud donde se desempeñaban, no en espacios públicos fuera del ámbito sanitario.

Es constante la respuesta de no conocer el conducto regular a seguir en caso de buscar acceder a la ley IVE, indicando que le preguntarían a una fundación, o bien a amistades significativas que llevan un activismo relacionado a la temática, qué deberían hacer.

No obstante, existe una agudización de esta falta de información en relación a que una serie de las personas entrevistadas indican desconocer si recibirán atención en caso de acceder a un establecimiento de la red asistencial para la prestación de la ley IVE, principalmente en el grupo que ya hizo el cambio en el registro civil, asumiendo que la ley no les considera. Esto último va incluso más allá de las posibles discriminaciones descritas anteriormente, puesto que perciben que no serán atendidos/es debido a que el sistema de manera estructural no les reconocería en la Ley.

b. Capacitación de la red asistencial:

Corporación Humanas describe en su informe que las capacitaciones son insuficientes para derivación oportuna desde los centros de atención primaria hacia los centros hospitalarios en donde se realiza la interrupción (Humanas, 2021). En este caso, la metodología del presente estudio no permite hacer una evaluación de esta variable en la muestra estudiada, debido a que no es un requisito de selección el ser personal de salud, y, por lo tanto, la gran mayoría de las personas entrevistadas probablemente desconocerían la existencia o suficiencia de capacitaciones a la interna de la red asistencial.

Sin embargo, este grupo de personas coincide en indicar sistemáticamente una falta de capacitación del personal de la red asistencial en relación a una atención con perspectiva de género, y más específicamente, con un enfoque trans afirmativo en donde se reconozca la identidad y se utilicen los pronombres identitarios. A su vez, asumen la probabilidad de que el personal de salud tendrá dificultades técnicas en caso de que una persona trans que esté utilizando testosterona acuda en contexto de una interrupción voluntaria del

embarazo, es decir, más allá de una posible discriminación, que el o la profesional desconozca las implicancias que tiene la terapia hormonal en el proceso de gestación y eventual interrupción. Esto último lo relacionan también a que es poco socializada la imagen de un hombre gestando, y por lo tanto consideran probable que existan dificultades desde el equipo de salud en ese proceso clínico de la atención.

c. Obstrucción a la ley

Andrea Álvarez, investigadora de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, describe la obstrucción de conciencia como las barreras u obstáculos al acceso a la IVE, pudiendo llevarse a cabo desde el personal administrativo que recibe a la persona usuaria, hasta los profesionales que deben derivar al nivel secundario, en donde se realizará eventualmente la interrupción (Calvajal G., 2021). El grupo estudio refiere la discriminación basada en la transfobia como el gran obstáculo que enfrentan en los centros de salud, por lo tanto, este factor es el que se pesquiza como motor de la obstrucción a la ley, en donde se podrían dificultar procesos desde el ingreso al centro de salud.

Finalmente, se observa que la percepción sobre el acceso a la ley de interrupción voluntaria del embarazo en personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar, en parte coincide con lo reportado en encuestas a población general, definiéndose tres principales barreras en el acceso. Sin embargo, presentan matices definidos principalmente por variables que afectan específicamente a este grupo social:

Primero, la información sobre el mecanismo de acceso o derivación de la Ley IVE se describe escasamente conocida, pero al no socializarse personas gestando distintas a una mujer cisgénero, se desconoce si personas transmasculinas y no binarias están incluidas en la ley; segundo, por el desconocimiento de las necesidades específicas en salud por parte de profesionales clínicos, en donde sin existir una intención explícita de discriminación, se puede dar una atención bajo el nivel de lo óptimo al no conocer técnicamente terapias género afirmativas y sus efectos en otros ámbitos de la salud, como por ejemplo la salud sexual y reproductiva; tercero, la discriminación sostenida en el rechazo a las identidades distintas a lo cisgénero, puede aumentar la probabilidad de obstrucción a la ley, un efecto que podría verse atenuado mediante el efecto social que provoca el cispasing.

[Articulaciones sociales que abordan el acceso de personas transmasculinas y no binarias a la interrupción voluntaria del embarazo.](#)

A través del grupo estudio se identifica que el proceso de tránsito identitario es individual y dinámico, sin encontrar mayores referentes sociales de alta visibilidad pública que permitan que otras personas trans y no binarias puedan identificar procesos similares y por tanto apoyarse en esas historias. Por lo tanto, si bien no todas las personas entrevistadas

participan de manera activa en alguna organización de activismo, todas refirieron conocer agrupaciones que trabajan por la visibilidad trans y/o no binaria, pero no necesariamente abordando de manera específica la relación con la interrupción voluntaria del embarazo.

En primer lugar, se mencionan organizaciones específicas como “memoria trans masculina” y el “bloque de salud trans”, y es interesante mencionar que, al preguntar *qué harías en caso de necesitar acceder a una interrupción voluntaria del embarazo*, algunas respuestas indican que acudirían a estas organizaciones para pedir orientación sobre qué hacer.

A su vez, estas organizaciones permiten el diálogo para intercambiar experiencias en el proceso de acceder a terapias género afirmativas cuando éstas son requeridas, destacando que a partir de estas conversaciones se generan las llamadas listas de profesionales amigables, buscando entregar el dato de profesionales que realizan una atención trans afirmativa y/o tienen las competencias para prescribir procesos como la terapia hormonal o genitoplastías, por ejemplo.

Ahora bien, se podría entender como un efecto lamentable que personas usuarias construyan listados de profesionales que realicen atenciones bajo un enfoque de género, y es que si bien se hace una segregación de profesionales, se entiende que es una articulación necesaria, viéndolo como un efecto directo de dos elementos principales: la discriminación en salud aún existe, y las mallas curriculares de las escuelas de la salud no incluyen de manera sistemática este tipo de prácticas o técnicas en la formación de sus estudiantes, y por lo tanto las personas usuarias diseñan estas estrategias con el objetivo de no exponerse a situaciones de maltrato y poder obtener la atención clínica por la necesidad por la que están buscando atención.

Paralelamente, estas organizaciones cumplen otros objetivos más allá de ser referentes de información para la sociedad civil, sino que además son reconocidas por problematizar las actuales demandas de este grupo de personas con un alcance direccionado hacia las instituciones del Estado, con el objetivo de avanzar en la visibilidad e inclusión de personas trans y no binarias dentro de la política pública.

En relación a la ley de interrupción voluntaria del embarazo, el grupo estudio indica en todas sus respuestas el asumir, independiente hayan realizado una lectura o no la ley, que no están incluidos en el grupo beneficiario, es decir, que la ley está dirigida sólo a *mujeres* en su texto. Esto último, lo reconocen como una dificultad en cuanto a dos escenarios posibles:

- a. El personal de salud dificultaría el acceso a una interrupción voluntaria del embarazo en tres causales en virtud de que estas personas no estarían consideradas explícitamente en la ley, sosteniendo un argumento probablemente basado en la discriminación.

- b. El personal de salud, aun cuando quisiera facilitar el acceso, se vería imposibilitado debido a que la ley no consideraría de manera explícita a este grupo de personas.

Frente a lo anterior, en razón de que la Ley de Identidad de Género reconoce el derecho a la identidad, las personas respondieron desconocer si existe una relación entre las dos leyes que permita reconocerles dentro de la población beneficiaria. A partir de esto, se puede interpretar que, si bien la Ley de Identidad de Género está altamente socializada, más aún en personas LGBTIQ+, los artículos en el desarrollo de la Ley son menos conocidos, y así el Artículo 22 del Capítulo V, que garantiza que el cambio registral no afectará las garantías, derechos y prestaciones de salud que pudiera corresponder a la persona usuaria, no es conocido por ninguna de las personas de la muestra (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2021). El Art. 22 es el que finalmente permite que las personas transmasculinas y no binarias que hayan realizado un cambio de sexo registral, puedan igualmente acceder a las prestaciones que tengan por grupo objetivo sólo a “mujeres” en la descripción técnica de la acción, como es el caso de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales.

Se identifican otras dos articulaciones externas a personas trans y no binarias, y que tienen efectos en el acceso a la salud, y, además, en la posibilidad de garantizar visibilidad a las demandas de este grupo:

- a. Las y los profesionales de la salud que se identifican como *trans amigables*, forman una red con organizaciones activistas, buscando facilitar el acceso, y de esta forma coordinar con los equipos una llegada segura de la persona usuaria al centro de atención. Estas redes son conocidas por las personas usuarias, como la No red de profesionales por la salud trans y la lista de profesionales LGBTIQ+ amigables del Colegio Médico de Chile.
- b. Por el contrario, el grupo muestral también indica reconocer a personas TERF en los activismos de la sociedad civil, que coincidiendo con lo que indica Tomás Máscolo (Nichols, 2018), estas personas están en contra de reconocer distintas a lo cisgénero, y también directamente excluir a personas trans dentro de movimientos feministas. La consecuencia es la no visibilización de personas trans y no binarias en demandas que se tienen en común.

Finalmente, se identifica que si bien existen organizaciones que articulan las demandas de personas trans y no binarias, son escasas las referencias que promuevan la discusión específica de incluir a este grupo de personas en la ley de interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, a pesar de que el grupo entrevistado indica conocer a personas

que han estado en proceso de aborto teniendo una identidad distinta de una mujer cisgénero.

Conclusiones

Lo que ha sido descrito es una primera exploración sobre la percepción de personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar y su acceso a la ley de interrupción voluntaria del embarazo en Chile, comprendiendo que la discriminación hacia las personas LGBTIQ+ ha sido lamentablemente histórica, y por lo tanto las barreras para acceder a derechos sexuales y reproductivos que ya existen en la población en general, en este grupo están agudizadas. A su vez, a seis años desde la implementación de la ley, los estudios aún son incipientes en la población general, sin contar con mayor literatura local que revise la situación de personas transmasculinas y no binarias.

Los resultados de este estudio demuestran que al explorar los relatos en torno a una interrupción voluntaria del embarazo en personas transmasculinas y no binarias, se describen inicialmente las experiencias situadas en torno a lo que significa el reconocimiento de la identidad y la confirmación que se busca expresar a la sociedad basado en los estereotipos que aún persisten en torno al género. Lamentablemente, en ocasiones se genera una tensión en la vivencia de género de la persona, puesto que se demandan tránsitos binarios, y, por lo tanto, si eventualmente ésta se presenta como una de corporalidad distinta de una mujer cisgénero, gestando, esto se aleja de lo que socialmente se esperaría de una persona que se identifique en identidades masculinas, debido a que históricamente la gestación es concebida como un proceso exclusivo de mujeres.

Por lo tanto, las expectativas sociales que les son asignadas a este grupo de personas en relación a cómo deben expresar una identidad, producen un estrés respecto a cómo serán percibidos si viven procesos corporales asociados a lo femenino, produciendo un posible rechazo secundario a la posibilidad de gestar.

Luego, la percepción sobre el acceso a la ley IVE es inmediatamente conducida hacia las barreras, pero más allá de la prestación en específico, más bien la dificultad para acceder al sistema de salud en general.

La primera barrera descrita es la discriminación basada en la violencia transfóbica, es decir, el rechazo a toda persona que presente una identidad de género distinta de una identidad cisgénero. Este fenómeno origina que la atención de salud en general pueda verse dificultada o simplemente rechazada al ser una persona trans o no binaria quien consulta,

y, en consecuencia, se describen *estrategias* como el cispassing, en donde el personal de salud reconoce y acepta expresiones de género que están de acuerdo a lo que integra en sus concepciones preconcebidas y/o aceptadas del género. Esta primera barrera indica una brecha en cuanto a sensibilización y perspectiva de género en la atención del personal de salud, tanto de quienes realizan una atención administrativa hasta quienes realizan la atención clínica.

Segundo, el bajo nivel de capacitación de profesionales de la salud en cuanto a prestaciones específicas para personas trans, es una barrera que, si bien es un desafío de alta envergadura en cuanto a que compromete una propuesta formativa a nivel país, permite pensar en una estrategia clara y específica que es posible de ser resuelta, mediante la introducción de contenidos que aborden estas necesidades en la formación curricular de manera diferenciada según pregrado y postítulos, en particular para especialidades médicas.

Esta segunda barrera tiene además otra consecuencia, y es que los resultados recogidos indican que en ocasiones la falta de una consejería integral de salud sexual para personas que han iniciado terapia hormonal con testosterona, y el efecto resultante en una amenorrea, en ocasiones se interpreta erróneamente como un método anticonceptivo, provocando que una persona pueda mantener prácticas sexuales sin preservativo u otro método anticonceptivo efectivo, con el riesgo de un embarazo no planificado. Por lo tanto, se abre la necesidad de diseñar estrategias nacionales que estandaricen la prescripción de una terapia hormonal género afirmativa que incluya una asesoría en salud sexual y reproductiva específica para este grupo social.

Tercero, la obstrucción a la ley que, si bien es una barrera también descrita en la población en general, y sustentada en posiciones principalmente valóricas de profesionales de la salud que realizan una errática aplicación de la objeción, el caso de esta población se agudiza debido a que a la postura contra el aborto voluntario se añade el rechazo a las diversidades sexogenéricas, produciéndose un doble motivo de obstrucción a la ley.

Sin embargo, se interpreta también un bajo nivel de conocimiento sobre todos los alcances de la Ley de Identidad de Género por parte de la propia población beneficiaria, una ley que permite acceder a prestaciones dependientes de un género, a personas que ya hayan realizado el cambio registral. Por lo tanto, si bien la ley IVE que en su origen describe el acceso a *mujeres*, la Ley de Identidad de Género regula que las personas trans que hayan utilizado la ley para el cambio de género en el registro civil, igualmente pueden acceder a una interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Es un desafío fortalecer campañas comunicacionales de la ley de identidad de género que, si bien ya se realizan

estrategias informativas, éstas deben contemplar otros elementos que permiten mantener una cobertura en el acceso a derechos sociales, específicamente de salud.

Finalmente, si bien la demanda por el acceso seguro a los derechos sexuales y reproductivos enfrenta sectores políticos conservadores que se oponen al desarrollo de los avances estructurales, también es cierto que al día de hoy existen redes articuladas – sobre todo de movimientos feministas – que han logrado instalar una agenda nacional que tenga por objetivo el garantizar prestaciones en que permitan el acceso a estos derechos según los estándares internacionales de salud.

Sin embargo, el grupo de personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar refiere tener menor representación social en instancias tanto políticas como sanitarias, no sólo a nivel de cargos de decisión, sino también en cuanto a la visibilidad pública de sus demandas. Por lo tanto, cuando se ven en riesgo los derechos sexuales y reproductivos en general, es también aún más agudizado para este grupo específico.

Frente a lo anterior, se rescata de esta investigación la articulación de dos principales redes de colaboración que permiten facilitar procesos de acceso a salud sexual y reproductiva: A) las propias personas trans se asocian mediante ONGs, fundaciones y colectivos, siendo referentes de consulta y canalización de demandas para personas que se identifiquen en estas identidades, lo que además permite potenciar a referentes en el activismo, donde el grupo los prioriza por encima de canales oficiales de salud al momento de necesitar información sobre prestaciones para personas trans, entendiendo que no recibirán discriminación y habrá una experticia en el tema según la persona activista a la que acudan. B) redes de colaboración entre profesionales de la salud y personas o grupos activistas, quienes habitualmente tienen canales directos en caso de presentarse necesidades agudas, buscando facilitar el acceso, sobre todo en casos que son tiempo dependiente, justamente como es la interrupción voluntaria del embarazo. No obstante, es importante destacar que al interior de movimientos activistas también existe la transfobia, identificándose activistas TERF, quienes también actúan anteponiendo obstáculos para la participación de personas transmasculinas y no binarias en las demandas de derechos asociados al género.

Limitaciones durante esta investigación:

- No se profundiza en otras prestaciones clínicas género afirmativas que también tienen efectos en la fertilidad de las personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar, y por lo tanto también podrían tener un abordaje específico desde la red asistencial, tales como las genitoplastías.

- Si bien se entrevistó a personas que han experimentado aborto espontáneo, no fue posible contactar personas que hayan vivido una interrupción voluntaria del embarazo. Si bien intentó establecer contacto a una persona que presentaba este antecedente, no respondió los mensajes del investigador.
- La legislación chilena despenaliza el aborto sólo en tres causales específicas, por lo tanto, existe una cifra oculta de personas de la cual no se tiene registro oficial. Probablemente, las personas que han experimentado una interrupción voluntaria del embarazo fuera de estas tres causales presenten mayor temor de participar de una investigación académica, más aún con los antecedentes de transfobia que aún persisten en la sociedad.

Líneas emergentes: temas que están por fuera de los objetivos de esta investigación pero que emergieron de manera espontánea en las respuestas de personas entrevistadas:

- Relación entre identidad de género y discapacidad: una de las personas entrevistadas, de identidad no binaria y con antecedente de una discapacidad física, indica que a las personas con discapacidad se les infantiliza, y por lo tanto no se le asignan atributos relacionados a gestar y/o tener descendencia, reflejado en la cita a continuación *“Sería bonito gestar, pero me interesa como este concepto de familia que puede ser muy arcaico o muy muy tradicional, pero que creo que es bonito porque además tiene que ver con un tema que se entrecruza también con el sentido que tienen para las personas con discapacidad tener una familia y ser parte, ser un adulto o adulta independiente y funcional. Entiendo que se tiene todo este concepto de que nosotres mismas somos niños hasta que alguien diga lo contrario”*.

A partir de lo anterior, esta investigación no logra evaluar otras variables como por ejemplo la discapacidad, y su efecto en el acceso a la ley IVE para este grupo de personas, permitiendo una proyección de a futuro ampliar el estudio y correlacionar variables que pueden condicionar de otras formas el acceso a la ley de interrupción voluntaria del embarazo en Chile.

Para terminar, se permitió situar una discusión académica a partir de las voces de personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar, a partir de lo cual se reconoce el desafío de considerar explícitamente otras identidades y corporalidades en la construcción de políticas públicas, y así también, el diseño de guías clínicas ministeriales que atiendan a las necesidades específicas de esta población.

Referencias

- Asociación Americana de Psicología. (2002). Principios éticos de los psicólogos y código de conducta. Estados Unidos: Psicólogo estadounidense.
- Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero. (2012). Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género. WPATH.
- Asociación Mundial de Psiquiatría. (2016). *Declaración de posición de la AMP sobre identidad de género y orientación, atracción y comportamientos entre personas del mismo sexo*. Psiquiatría mundial.
- BCN. (2021). *Historia de la Ley N°21.030. Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales*.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (29 de mayo de 2021). *bcn.cl*. Obtenido de Guía de Formación Cívica. La Persona y los Derechos Humanos:
<https://www.bcn.cl/formacioncivica>
- Biblioteca Del Congreso Nacional de Chile. (2021). *Guía Legal sobre Ley de Identidad de Género*. Obtenido de <https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/ley-de-identidad-de-genero>
- Calvajal G., C. (30 de mayo de 2021). *Cultura médica y obstrucción de conciencia: las otras trabas para acceder a la política pública del aborto*. Obtenido de RadioUchile:
<https://radio.uchile.cl/2021/05/30/cultura-medica-y-obstruccion-de-conciencia-las-otras-trabas-para-acceder-a-la-politica-publica-del-aborto/>
- Cámara de Diputadas y Diputados. (2021). *Proyecto de Ley: Modifica el Código Sanitario para hacer aplicables las normas sobre despenalización del aborto a toda persona con capacidad de gestar*. Obtenido de
<https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=14650&prmBOLETIN=14074-34>
- Cámara de Diputadas y Diputados. (2021). *Proyecto de Ley: Modifica el Código Penal, para despenalizar el aborto consentido por la mujer dentro de las primeras catorce semanas de gestación*. Obtenido de
<https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=12562&prmBOLETIN=12038-34>
- Centro de Documentación y Situación de las personas Trans en América Latina y el Caribe. (2018). *Informe CeDoSTALC*. Chile.
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) - Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. Ginebra.
- DEIS, Ministerio de Salud de Chile. . (s.f.). *Estadísticas Vitales/ Mortalidad Materna y por aborto, 1990 2004*.

- El País. (29 de junio de 2022). *Tedros Adhanom, director de la OMS: "Todas las mujeres deben poder decidir sobre sus cuerpos y salud. El aborto seguro es parte de la asistencia sanitaria"*. Obtenido de elpais.com: <https://elpais.com/sociedad/2022-06-29/tedros-adhanom-director-de-la-oms-todas-las-mujeres-deben-poder-decidir-sobre-sus-cuerpos-y-salud-el-aborto-seguro-es-parte-de-la-asistencia-sanitaria.html>
- Foro de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. (2008). *Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Chile.
- García Acosta, V. (2005). El riesgo como construcción social y la construcción social de riesgos. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, 11-24. Recuperado el mayo de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/139/13901902.pdf>
- García Neira, N., & Falcone, R. (2014). Perversión e inversión sexual en la psiquiatría argentina a principios del Siglo XX. *Anuario de investigaciones*, XX, 171-180.
- González Díaz, F., & Pantoja de Prada, V. (Enero de 2022). Salud LGBTQIA+ en Chile: desde la despatologización institucional hacia la atención reparatoria y afirmativa. *Cuadernos Médico Sociales*, 23-29.
- González, G. (28 de septiembre de 2020). *Organizando Trans Diversidades*. Obtenido de Hombres trans y aborto: activistas de América Latina nos cuentan la batalla por la visibilidad; por Georgina González: <https://otdchile.org/hombres-trans-y-aborto-activistas-de-america-latina-nos-cuentan-la-batalla-por-la-visibilidad-por-georgina-gonzalez/>
- Halkitis, P. (2019). The Stonewall Riots, the AIDS Epidemic and the Public's Health. *American Journal Public Health*, 109.
- Humanas. (2021). *humanas.cl*. Obtenido de <https://www.humanas.cl/la-lucha-por-el-aborto-en-chile-como-sigue-el-impulso-de-la-marea-verde/>
- Illanes, M. A. (2010). *En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia. Historia social de la salud pública en Chile 1880-1973 (hacia una historia social del siglo XX)*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2006). *Fecundidad Juvenil en Chile*.
- Lewkow, L. (2014). *Aspectos sociológicos del concepto de percepción en la teoría de sistemas sociales* (Vol. 31). Buenos Aires, Argentina: Revisa Mad - Universidad de Chile.
- Mendos, I. M. (2020). *Poniéndole límites al engaño: un estudio jurídico mundial sobre la regulación legal de las mal llamadas "terapias de conversión"*. Ginebra: Ilga.org.
- MINEDUC. (2023). *Orientación Temática 6, ¿Por qué hablar de salud sexual integral en comunidades educativas?*
- Ministerio de Salud. (2007). *Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad. Sección A: Políticas y Programas de Regulación de la Fertilidad en Chile. Decreto Supremo N° 48*. Chile.

- Naciones Unidas. (1994). *Report of the International Conference on Population and Development*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Nichols, O. (2018). Discutiendo desde el interior: La marginación de los hombres trans dentro del movimiento por el aborto legal en. *Independent Study Project (ISP) Collection*.
- OPS. (16 de mayo de 2014). *La OPS/OMS advierte que están invisibilizados los problemas de salud de las personas LGBT en las Américas*. Obtenido de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9591:2014-lgbt-health-problems-are-invisible-says-pahowho&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *www.who.int*. Obtenido de https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
- Palacios Rodríguez, O. (2020). La teoría fundamentada: origen, supuestos y perspectivas. *Intersticios Sociales*(22), 47-70.
- Principios de Yogyakarta. (2007). *Yogyakartaprinciples.org*. Obtenido de Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y de la identidad de género: <http://yogyakartaprinciples.org/introduction-sp/>
- Rico, G. (02 de Nov de 2022). Aborto seguro y cariñoso: el cuidado de las acompañantes. *El País*.
- Ruiz Rivera, N. (30 de mayo de 2011). La definición y medición de la vulnerabilidad social. Un enfoque normativo. *Scielo, Investigaciones geográficas*. 77. Obtenido de Scielo: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-46112012000100006
- Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile. (2021). *Recomendaciones para la implementación del Programa de Acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme*.
- Sura, R. (21 de febrero de 2022). *infobae*. Obtenido de Así está el panorama de despenalización del aborto en Latinoamérica: <https://www.infobae.com/america/colombia/2022/02/21/asi-esta-el-panorama-de-despenalizacion-del-aborto-en-latinoamerica/>
- UNESCO. (15 de agosto de 2018). *es.unesco.org*. Obtenido de <https://es.unesco.org/news/que-es-importante-educacion-integral-sexualidad>
- Universidad de la República de Uruguay. (2015). *Salud y Diversidad Sexual*. Uruguay: Imprenta Rojo.
- Wisner, B., Blaikie, P., Cannon, T., & Davis, I. (2003). *At risk: natural hazards, people's vulnerability and disasters*. Londres: Routledge.

Anexo

Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PERSONAS TRANSMASCULINAS Y/O NO BINARIAS CON CAPACIDAD DE GESTAR

PROYECTO DE TESIS: PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS TRANSMASCULINAS Y NO BINARIAS CON CAPACIDAD DE GESTAR ACERCA DE LA LEY DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE CHILE.

Patrocinante: Facultad de Medicina, Universidad de Chile – Financiamiento parcial FONDECYT “Representaciones sociales de actores relevantes vinculadas con las principales barreras garantizadas en la ley 21.030, que despenaliza la interrupción del embarazo por tres causales en Chile”.

Nombre del Investigador principal: Felipe González Díaz

R.U.T.: 18.023.946-4

Institución: Programa de Magíster en Salud Pública – Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Teléfono: +569-87416205

Invitación a participar: usted ha sido invitado/e a participar a la investigación “Percepción de las personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar acerca de la ley de interrupción voluntaria del embarazo en la Región Metropolitana de Chile”, correspondiente a una tesis de posgrado para optar al grado de Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile. Debido a una histórica patologización y consecuente invisibilización de las diversidades sexogenéricas en las políticas públicas en salud, agudizándose en identidades tales como personas transmasculinas y/o no binarias con capacidad de gestar, se hace necesario conocer cómo perciben el acceso a la ley de interrupción voluntaria del embarazo, también conocida como ley de aborto en 3 causales, dentro de la red asistencial de salud chilena.

Objetivos: Esta investigación pretende estudiar cómo las personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar perciben y/o experimentan la implementación y el acceso a la ley de interrupción voluntaria del embarazo en la región metropolitana de Chile, ya sea a través de su experiencia personal o como testigo de este grupo de personas al que usted pertenece. El estudio incluirá un número total de aproximadamente 12 a 14 participantes que tengan residencia de al menos un año en Chile y actualmente se encuentren en la región metropolitana.

Procedimientos: Para cumplir los objetivos de la investigación, se realizará una entrevista en un espacio público que guarde tranquilidad y seguridad a la persona (cafeterías o bibliotecas), y se conversará sobre su percepción y experiencia frente a la ley de interrupción voluntaria del embarazo. Esta entrevista podrá durar hasta máximo una hora y media. La información que usted

proporcione en la entrevista quedará registrada en una grabación de audio y será sometida a análisis, en total confidencialidad por el investigador responsable.

Riesgos: Esta investigación no implica ningún riesgo físico para usted debido a que es sólo conversacional. Eventualmente se conversarán temas sensibles relacionados a barreras en el acceso a políticas públicas y/o acceso a los centros de salud en contexto de posibles escenarios de discriminación. En el caso de experimentar emociones de tristeza y/o incomodidad, el investigador detendrá el desarrollo de la entrevista, con el objetivo de acoger, estimular la confianza y dar el apoyo necesario de escucha y compañía hasta que usted logre estar más tranquilo/e. Si en ese momento desea detener la entrevista, podrá hacerlo sin ningún perjuicio para usted. A su vez, en caso que se observen relatos que puedan requerir un tipo de acompañamiento en salud, se entregarán opciones de atención en espacios con enfoque afirmativo y garante de derechos humanos para personas trans.

Costos: Participar en esta investigación no implicará ningún gasto monetario para usted. Ante la eventualidad de algún tipo de gasto monetario realizado en el contexto de la visita al espacio físico en donde se realice la entrevista, el investigador asumirá dicho gasto.

Beneficios: Usted no obtendrá beneficios directos por participar de este estudio. Sin embargo, el proceso de compartir su experiencia respecto al identificarse como una persona trans y/o no binaria con capacidad de gestar frente a la ley IVE puede ayudar a fortalecer el conocimiento sobre este tema y adecuar las políticas de salud a la diversidad de identidades, incluyendo a las personas gestantes en toda su diversidad para la garantía de acceso a los derechos sexuales y reproductivos en Chile.

Compensación: Usted no obtendrá ninguna compensación por participar de este estudio.

Confidencialidad: La información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso sólo del investigador y profesoras guías. Sólo si usted lo solicita, se omitirá la información que usted indique. Al analizar la información se escribirá un texto que será parte de una tesis de posgrado que contendrá su experiencia. En ningún momento se usará su nombre real. Sus nombres serán mantenidos en anonimato, siendo reemplazados por un nombre ficticio.

Usos potenciales de los resultados de la investigación: Eventualmente el investigador podrá presentar los resultados preliminares y/o finales del estudio en actividades científicas o textos académicos como seminarios, congresos, charlas, escritos para medios de comunicación o capítulo de libro. También en reuniones o capacitaciones con equipos de salud, siempre manteniendo el anonimato de las personas entrevistadas.

Información adicional: Frente a la pandemia por COVID-19, si bien a la fecha de noviembre de 2022 Chile cuenta con una medida institucional desde el Ministerio de Salud en donde el uso de mascarilla no es obligatorio en espacios públicos como cafeterías o bibliotecas, se considera posible que al momento de realizar la entrevista pueda existir un retroceso en la política sanitaria, y en el caso sea

obligatorio el uso de mascarilla, éste será un resguardo a utilizar por ambas personas. Llegado ese escenario, y usted no tenga elementos de protección personal, el investigador los suministrará.

Voluntariedad: Se le invita a participar de esta investigación en forma totalmente voluntaria, teniendo derecho de retirarse del proyecto en cualquier momento sin que ello le afecte de ninguna forma. Usted tiene derecho a conocer los avances y resultados de esta investigación. También si usted lo desea y solicita podrá contar con una copia de las transcripciones y grabaciones de audio de las entrevistas. Esta información y documentación la puede solicitar al investigador del proyecto, cuyos datos de contacto se encuentran en este documento.

Usted no tiene ninguna obligación de aceptar participar de esta investigación y tiene el pleno derecho a preguntar ahora o durante el transcurso de su participación cualquier duda que le surja y exigir su respuesta clara y efectiva.

Derechos de la persona participante: El presente consentimiento se firma en dos copias, usted conservará una de éstas. En cuanto al proceso de devolución, el investigador se ocupará de entregar los resultados de la investigación en formato PDF, por el medio que usted indique, ya sea vía *whatsapp* o correo electrónico (contacto solicitado al finalizar este consentimiento). Estos resultados estarán disponibles para su entrega desde mayo de 2023. En caso de que usted requiera otra información, se puede comunicar con el investigador: Felipe González Díaz, +569-87416205, felipe.gonzalezdiaz@usach.cl.

Autoridad de la institución: Olivia Horna Campos – Coordinadora Magíster Salud Pública – oliviahorna@uchile.cl

Otros Derechos de la persona participante: En caso de duda sobre sus derechos debe comunicarse con el presidente del “Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos”, Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 2 – 978 95 36, Email: ceish.med@uchile.cl, cuya oficina se encuentra ubicada a un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

Conclusión: Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto *“Percepción de las personas transmasculinas y no binarias con capacidad de gestar acerca de la ley de interrupción voluntaria del embarazo en la Región Metropolitana de Chile”*

_____ Nombre del/la participante Rut.:	_____ Firma: Contacto:	_____ Fecha
_____ Nombre del investigador Rut.:	_____ Firma:	_____ Fecha